

**La calidad de vida de las
personas mayores e inmovilizadas
de un distrito urbano**

Raúl Vázquez-Noguerol Méndez

Noviembre - 1995

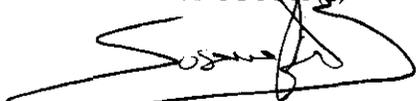
A mis padres, y a mi mujer.

INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS

JOSE LUIS AYUSO GUTIERREZ, Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, y SUSANA GARCIA BORO, Doctora en Medicina y Cirugía, codirectores de la Tesis Doctoral de D. RAUL VAZQUEZ-NOGUEROL MENDEZ.

I N F O R M A N : Que el trabajo presentado por el doctorando, con el título "LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES E INMOVILIZADAS DE UN DISTRITO URBANO", reúne los requisitos de originalidad y rigor metodológico precisos para ser defendido como Tesis Doctoral.

V.º B.º
EL TUTOR (2)

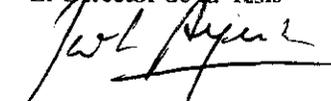


Madrid, 10 de noviembre 1995

Fdo.: S. Garcia Boró
(fecha y firma)

D.N.I.: 680991

El Director de la Tesis



Madrid, 10 noviembre 1995

Fdo.: José L. Ayuso Gutierrez
(fecha y firma)

D.N.I.: 18.147.167

INFORME DEL CONSEJO DE DEPARTAMENTO

El trabajo "La Calidad de vida de las personas mayores e inmovilizadas de un distrito urbano", realizado pro D. Raúl Vazquez-Noguerol Méndez, bajo la dirección del Prof. José Luis Ayuso Gutierrez, se considera apto para se presentación y defensa públicamente.

Fecha reunión
Consejo Departamento

19 de Enero de 1996



Fdo.: _____
(fecha y firma)

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.
FACULTAD DE MEDICINA.

"La calidad de vida de las personas mayores e inmovilizadas".

Tesis doctoral dirigida por los doctores Susana García Boró y José Luis Ayuso Gutiérrez, y presentada para adquirir el grado de Doctor en Medicina y Cirugía por Raúl Vázquez-Noguerol Méndez.

Madrid, Noviembre de 1995.

AGRADECIMIENTOS.

Por su aportación inestimable a la realización de esta tesis doctoral, deseo manifestar mi agradecimiento a las siguientes personas que además han sido, sobre todo, amigos y compañeros:

A Susana García Boró, por su labor directiva, tanto en el diseño y ejecución del trabajo, como en mi formación personal en el campo de la investigación, y por su confianza y apoyo en el desempeño de mis funciones en el Equipo de Atención Primaria, la Comisión de Formación y Docencia, y la Unidad de Investigación.

A José Luis Ayuso Gutiérrez, por su labor directiva en el diseño y ejecución del trabajo, y en mi formación personal en Psiquiatría en el terreno de los Trastornos Afectivos.

A Carmen Ferrer Arnedo, responsable de la línea de investigación 'Estado de salud de la población anciana' de la Unidad de Investigación del Área-2, y a los otros miembros, compañeros, del grupo que son Cristina Cassinello Espinosa, Elvira Herrero Sancho, Soledad Cortés Ojalvo y Concepción Espejo Martínez, por su colaboración en el diseño, el trabajo de campo, y seguimiento.

A los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, y administrativos de los Equipos de Atención Primaria del distrito de Chamartín por su participación en el trabajo de campo y en la identificación de la población de estudio.

A Juan Vázquez-Noguerol Méndez, por su colaboración en las tareas informáticas de impresión. A Mayte Ursa Hergueda, por su colaboración en los aspectos sociales de la discusión. A Rosa Vaqué Hergueta, por su colaboración en los aspectos relacionados con la metodología enfermera de atención. Al grupo de personas que colaboraron en el proceso de traducción del Cuestionario de Burnam. A los administrativos de la Unidad de Investigación del Área-2 y de la Biblioteca del Hospital Xeral de Vigo por su colaboración en la búsqueda bibliográfica.

A Modesto Vázquez Noguerol, por su ayuda en tantos aspectos de mi formación como médico.

A M^a Jesús Garza López por su colaboración en el vaciado de los datos, la elaboración de la comunicación, y la suplencia en muchas tareas que me hubiese correspondido realizar.

A todos aquellos que aunque expresamente no mencione, me han ayudado y estimulado en la consecución de este trabajo.

"Todo el mundo quiere vivir mucho tiempo, pero nadie querría ser viejo".
Jonathan Swift.

0.ÍNDICE

(Disposición recomendada por H. Eco) ¹

0.-Índice	0.1
1.-Introducción	1.1
1.1.-El envejecimiento progresivo de la población española	1.1
1.2.-Consecuencias sociosanitarias del envejecimiento demográfico	1.2
1.3.-La Atención Primaria de salud. Los Equipos de Atención Primaria	1.4
1.4.-La atención a personas mayores e inmovilizadas	1.6
1.5.-El concepto y los modelos de calidad de vida	1.10
1.6.-La evaluación de la calidad de vida	1.15
1.7.-Particularidades de la evaluación de la calidad de vida en las personas mayores	1.18
1.8.-Los instrumentos para medir la calidad de vida	1.19
1.9.-El Perfil de Salud de Nottingham	1.21
1.10.-Antecedentes y justificación del proyecto	1.23
2.-Objetivos	2.1
2.1.-Objetivos generales	2.1
2.2.-Objetivos específicos	2.1
2.3.-Objetivos secundarios	2.2
3.-Material y métodos	3.1
3.1.-Diseño básico. Tipo de estudio	3.1
3.2.-Población y muestra	3.1
3.2.1.-Población diana	3.1
3.2.2.-Población de estudio	3.1
3.2.2.1.-Criterios de selección	3.1
3.2.2.2.-Estudio del número de personas que forman la población de estudio	3.2
3.2.3.-Técnica de reclutamiento	3.3
3.3. Variables de estudio	3.3
3.3.1.-Definición de los factores de estudio y de los criterios de evaluación. 3.3.1.1.-Características sociodemográficas	3.4
3.3.1.2.-Valoración médica del estado de salud	3.4
3.3.1.3.-Valoración de enfermería del estado de salud	3.10
3.3.1.4.-Valoración socioambiental del estado de salud	3.13
3.3.1.4.1.-Modo de convivencia	3.14
3.3.1.4.2.-Nivel de escolaridad alcanzado	3.14
3.3.1.4.3.-Ingresos económicos mensuales	3.15
3.3.1.4.4.-Régimen de vivienda	3.16
3.3.1.4.5.-Índice de hacinamiento	3.16
3.3.1.4.6.-Equipamiento de la vivienda	3.16
3.3.1.5.-Valoración de la calidad de vida	3.17
3.3.1.5.1.-Definición	3.17
3.3.1.5.2.-Perfil de Salud de Nottingham: características generales	3.17
3.3.1.5.3.-Perfil de Salud de Nottingham: condiciones de aplicación ...	3.20
3.3.1.5.4.-Perfil de Salud de Nottingham: momento de aplicación	3.21
3.3.1.6.-Valoración de la probabilidad de padecer trastornos depresivos .	3.21

3.3.1.6.1.-Definición	3.21
3.3.1.6.2.-Cuestionario breve de Burnam: características generales ...	3.22
3.3.1.6.3.-Cuestionario de Burnam: condiciones de aplicación y momento de aplicación	3.24
3.3.1.6.4.-Cuestionario de Burnam: traducción al castellano	3.25
3.3.1.6.3.1.-Los traductores	3.25
3.3.1.6.3.2.-El proceso de traducción	3.25
3.3.1.6.3.3.-El cuestionario definitivo	3.26
3.3.1.7.-Valoración de la frecuencia de las visitas domiciliarias	3.27
3.3.1.7.1.-Definición	3.27
3.3.2.-Descripción de las variables de estudio	3.27
3.3.2.1.-Características sociodemográficas	3.28
3.3.2.2.-Valoración médica del estado de salud	3.29
3.3.2.3.-Valoración de enfermería del estado de salud	3.30
3.3.2.4.-Valoración socioambiental del estado de salud	3.32
3.3.2.5.-Valoración de la calidad de vida	3.35
3.3.2.6.-Valoración de la probabilidad de padecer trastornos depresivos .	3.36
3.3.2.7.-Programa de atención a inmobilizados	3.37
3.3.3.-Fuentes de información	3.38
3.3.3.1.-Características sociodemográficas	3.38
3.3.3.2.-Valoración médica	3.38
3.3.3.3.-Valoración de enfermería	3.38
3.3.3.4.-Valoración socioambiental	3.39
3.3.3.5.-Valoración de la calidad de vida	3.39
3.3.3.6.-Valoración de la probabilidad de padecer trastornos depresivos .	3.39
3.3.3.7.-Valoración de la frecuencia de las visitas domiciliarias	3.39
3.4.-Organización y seguimiento	3.39
3.4.1.-Formación de los encuestadores	3.39
3.4.2.-Estudio piloto	3.40
3.4.3.-Recogida de datos	3.40
3.4.3.1.-Datos procedentes de la historia clínica	3.40
3.4.3.2.-Datos procedentes de la entrevista domiciliaria	3.40
3.4.3.3.-Duración de la recogida de datos	3.41
3.4.4.-Seguimiento	3.41
3.4.5.-Tratamiento y minimización de las pérdidas	3.41
3.5.-Estrategia de análisis	3.41
3.5.1.-Procesamiento de los datos	3.41
3.5.1.1.-Soporte informático	3.41
3.5.1.2.-Codificación de los datos	3.42
3.5.1.3.-Revisión de los datos transcritos	3.42
3.5.1.4.-Depuración de datos	3.42
3.5.1.5.-Reclasificación de variables	3.42
3.5.2.-Análisis de los datos	3.42
3.5.2.1.-Test estadísticos utilizados: descripción general	3.42
3.5.2.2.-Fuentes de los datos poblacionales	3.45
3.5.3.-Análisis de las pérdidas	3.45
3.5.3.1.-Tamaño y causas de las pérdidas	3.45
3.5.3.2.-Análisis de las pérdidas	3.45
3.6.-Recursos humanos, técnicos y económicos	3.46
3.6.1.-Recursos humanos	3.46
3.6.2.-Recursos materiales	3.47

3.6.3.-Recursos económicos	3.47
4.-Resultados	4.1
4.1.-Tasa de personas inmovilizadas	4.1
4.2.-Características sociodemográficas	4.1
4.2.1.-Edad	4.1
4.2.2.-Sexo	4.2
4.2.3.-Estado civil	4.2
4.3.-Problemas de salud	4.2
4.4.-Patrones funcionales	4.4
4.5.-Condiciones socioambientales	4.5
4.6.-Probabilidad de presentar trastornos depresivos	4.6
4.7.-Calidad de vida	4.6
4.7.1.-Forma de administración de la encuesta	4.6
4.7.2.-Resultados del Perfil de salud de Nottingham	4.7
4.7.3.-Calidad de vida y otras variables	4.7
4.7.3.1.-Modelo multivariante de la calidad de vida	4.7
4.7.3.2.-Calidad de vida y características sociodemográficas	4.9
4.7.3.2.1.-Calidad de vida y edad	4.9
4.7.3.2.2.-Calidad de vida y sexo	4.9
4.7.3.2.3.-Calidad de vida y estado civil	4.10
4.7.3.3.-Calidad de vida y problemas de salud	4.10
4.7.3.4.-Calidad de vida y patrones funcionales	4.11
4.7.3.5.-Calidad de vida y condiciones socioambientales	4.11
4.7.3.6.-Calidad de vida y probabilidad de presentar trastornos depresivos	4.13
4.8.-Frecuencia de las visitas domiciliarias	4.15
5.-Discusión	5.1
5.1.-Tasa de personas inmovilizadas	5.1
5.2.-Características sociodemográficas	5.1
5.3.-Problemas de salud	5.2
5.4.-Patrones funcionales	5.8
5.5.-Condiciones socioambientales	5.9
5.6.-Probabilidad de presentar trastornos depresivos	5.11
5.7.-Calidad de vida en las personas inmovilizadas	5.11
5.7.1.-Los resultados del Perfil de Salud de Nottingham	5.12
5.7.1.1.-Parte 1: resultado global y dimensiones	5.12
5.7.1.2.-Actividades de la vida diaria con limitación	5.15
5.7.2.-Calidad de vida y otras variables	5.16
5.7.2.1.-Calidad de vida y características sociodemográficas	5.16
5.7.2.2.-Calidad de vida y problemas de salud	5.17
5.7.2.2.1.-Enfermedad cerebrovascular	5.18
5.7.2.2.2.-Enfermedad respiratoria	5.20
5.7.2.2.3.-Enfermedad de Parkinson	5.21
5.7.2.2.4.-Enfermedad articular	5.21
5.7.2.2.5.-Enfermedad cardíaca	5.23
5.7.2.2.6.-Neoplasia maligna	5.25
5.7.2.2.7.-Diabetes mellitus	5.26
5.7.2.2.8.-Fractura de cadera	5.28
5.7.2.2.9.-Hipertensión arterial	5.30

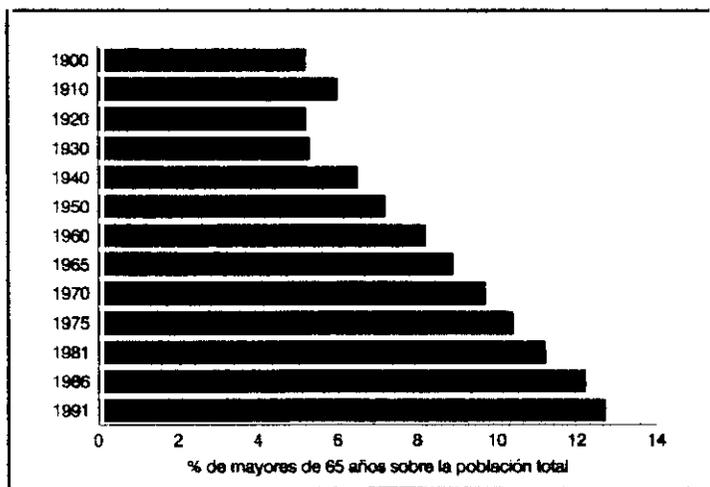
5.7.2.3.-Calidad de vida, patrones funcionales y actividades de la vida diaria con limitación	5.31
5.7.2.4.-Calidad de vida y condiciones socioambientales	5.32
5.7.2.5.-Calidad de vida, depresión y síntomas depresivos	5.32
5.8.-Visitas domiciliarias del personal sociosanitario	5.37
5.9.-Resumen de los hallazgos más relevantes y recomendaciones	5.37
6.-Conclusiones	6.1
7.-Referencias bibliográficas	7.1
8.-Anexos	8.1
8.1.-Anexo 1. Abreviaturas utilizadas	8.1
8.2.-Anexo 2. Características generales del distrito urbano de Chamartín del ayuntamiento de Madrid	8.2
8.3.-Anexo 3. Correspondencias entre los nombres de los Equipos de Atención Primaria del distrito de Chamartín y la nomenclatura empleada en el estudio	8.6
8.4.-Anexo 4. Perfil de Salud de Nottingham. Versión en castellano. Cuestionario	8.7
8.5.-Anexo 5. Perfil de Salud de Nottingham. Tabla de equivalencias entre las dimensiones del perfil y el número de orden de los ítem que les corresponden	8.11
8.6.-Anexo 6. Cuestionario de Bumam. Versión en castellano	8.12
8.7.-Anexo 7. Resumen	8.14

1.- INTRODUCCIÓN

1.-INTRODUCCIÓN.

1.1.-EL ENVEJECIMIENTO PROGRESIVO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA.

Desde principios de siglo y, más intensamente, desde la década de 1960-1970 hasta la actualidad se ha observado un cambio en la pirámide demográfica española que consiste en un progresivo aumento de la población de mayores de 65 años con respecto a la totalidad de la población (Gráfico 1.1.1). Este aumento relativo de la población mayor también de ha visto acompañado de un aumento absoluto (aumento del número total de mayores de 65 años). Las causas de este progresivo envejecimiento de la población son diversos factores sociales, sanitarios y económicos que han llevado a la disminución de la mortalidad, tanto general como infantil, al aumento de la esperanza de vida (envejecimiento por la cúspide) y, sobre todo, a la disminución de la natalidad (envejecimiento por la base), que en estos momentos se encuentra por debajo del nivel de sustitución, y es sin duda el principal responsable del cambio que ha sufrido la pirámide poblacional. Además, el envejecimiento de la población se intensifica en aquellos núcleos en los que se produce emigración de la gente joven, como ocurre en los distritos más antiguos de las grandes ciudades ^{2, 3}.



Esta tendencia al envejecimiento de la población, de acuerdo con las predicciones demográficas, va a continuar manteniéndose en las décadas venideras. La evolución de la mortalidad parece destinada a proseguir en la actual tendencia descendente, que concentra sus efectos en los grupos de edad avanzada. Por otra parte, a pesar de lo imprevisible de la evolución futura de la fecundidad, dados los bajos niveles actuales, no parece probable que el proceso de envejecimiento vaya interrumpirse

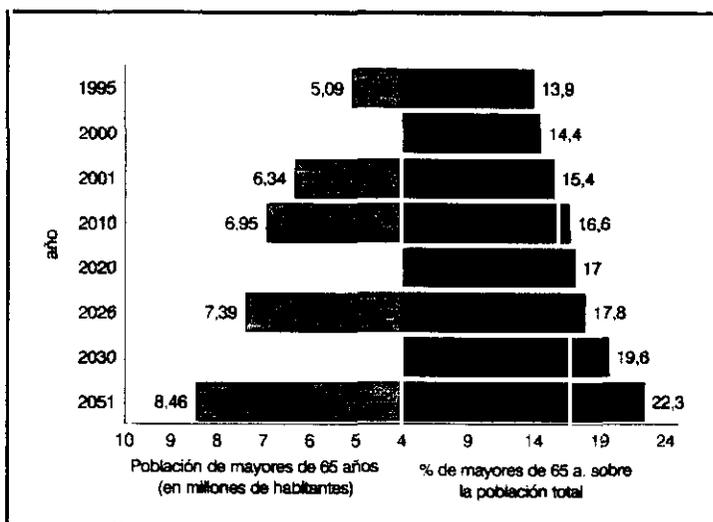
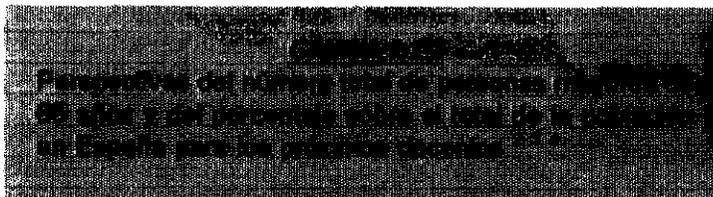
en un futuro próximo. Si el aumento de la población española total se encuentra en proceso de deceleración y se alcanzará el "crecimiento cero" dentro de 15 a 20 años, el número total de mayores de 65 años, en cambio, continuará creciendo durante varios decenios, y la proporción de éstos con respecto al total de la población sufrirá un crecimiento aún más pronunciado (Gráfico 1.1.2). Por otra parte, el aumento de la esperanza de vida hará que

dentro de este grupo de mayores de 65 años, a su vez, se produzca un desplazamiento del grueso de la pirámide poblacional hacia clases de mayor edad.

Desde el punto de vista de la salud, es también cierto que en la actualidad se aprecia un visible retraso en la llegada de la auténtica vejez en los aspectos físico y mental, debido a las mejoras en la alimentación, la sanidad y el nivel de vida de la población. Es decir, en el futuro próximo nos encontraremos con un aumento absoluto y relativo del número de mayores, los mayores lo serán más y, al menos desde la perspectiva de la salud, cualitativa y cuantitativamente distintos.^{2,4}

1.2.-CONSECUENCIAS SOCIOSANITARIAS DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO.

Los cambios demográficos descritos tienen y tendrán consecuencias importantes, y los efectos se producen en muy distintas vertientes. Por una parte el envejecimiento demográfico tiene consecuencias en la distribución de la población por sexos, al encontrarse una mayor esperanza de vida en las mujeres cuya diferencia con los hombres ha pasado de ser de dos años en 1900 a seis a ocho en la actualidad. Este factor no solo determina que entre las personas mayores encontremos muchas más mujeres que hombres, sino además más viudas y solteras, que viudos y solteros. A su vez, esto colabora a que la proporción de personas mayores que viven solas y, por tanto, en situación de aislamiento social y sin la posibilidad de un eventual cuidador en su domicilio, se incremente paulatinamente⁵⁻⁹.



En países como el nuestro, con una relativa institucionalización de la sanidad pública, y en el que hasta hace poco tiempo la gestión familiar de las personas mayores era una constante, los cambios recientes en la estructura familiar han puesto en evidencia el problema de la atención a estas personas. Probablemente las razones principales tienen que ver con este alargamiento de la esperanza de vida de 15 a 25 años después de la jubilación y, sobre todo, el que los problemas de la atención a las personas mayores son poco compatibles con el incremento del trabajo asalariado femenino¹⁰. A este cambio de la estructura familiar, con

la incorporación de la mujer al trabajo, se suman los procesos migratorios y en conjunto, han desarticulado sistemas muy eficaces para dar una respuesta adecuada de apoyo social al colectivo de personas mayores, con una tendencia a delegar en la administración sanitaria y social la resolución de problemas antes solucionados dentro del núcleo familiar, y sin que se hayan desarrollado suficientemente sistemas organizados de recursos informales, como los de voluntariado ⁸. Ello ha supuesto que el problema de la atención a estas personas se resuelva en la actualidad de varias, algunas nuevas, formas complementarias: la autogestión de la enfermedad, la gestión doméstica con personal, la gestión familiar, el empleo de organizaciones de voluntariado y, desde luego, la atención institucionalizada ¹⁰.

Otro de los efectos del envejecimiento demográfico que genera una preocupación más extendida es el aumento de gastos junto a la disminución relativa de la población activa, encargada de producir los recursos para cubrir las necesidades de la Seguridad Social ^{2,4}. El envejecimiento lleva consigo la más frecuente aparición de trastornos de evolución crónica ¹¹, múltiples e incurables, con un impacto físico (dependencia), emocional, social, y espiritual, un cierto grado de marginación sanitaria, y la presencia de las personas mayores en todos los recursos del sistema ⁸. De hecho, estas personas que padecen enfermedades crónicas representan el mayor gasto de los servicios de salud ¹²⁻¹⁴. La prolongación de la supervivencia de personas con enfermedades crónicas, relacionada con la mejora de los tratamientos específicos y de soporte, aumenta a su vez la prevalencia y la demanda de atención sanitaria y social de estos colectivos ⁸. En un estudio realizado en nuestro país en 1995, se observa que la población de personas de edad mayor o igual a 65 años (que representa el 16.1% de la población) consume el 42% del gasto sanitario total ¹⁵, lo que se observa también en otros países ⁷. El envejecimiento de la población ha producido una elevación de los números absolutos y relativos (por cada habitante) de: las camas hospitalarias necesarias, las hospitalizaciones a corto y largo plazo, la duración de las hospitalizaciones, las consultas médicas, las plazas necesarias en residencias y asilos, las prescripciones farmacéuticas y su coste, las intervenciones quirúrgicas, y las medidas para eliminar barreras arquitectónicas ⁷.

^{8, 16}

Sin restar importancia a los recursos consumidos a nivel Hospitalario, debe también subrayarse que el 95% de las personas mayores enfermas están en la comunidad ⁸. Estas personas mayores enfermas, además, tienen problemas de aislamiento, económicos y de habitabilidad ⁸. Con la mayor esperanza de vida, se ha incrementado en Atención Primaria la frecuencia de aparición de determinados trastornos crónicos: los síndromes demenciales, las enfermedades cardíacas, enfermedades articulares, trastornos de la visión y del oído, las enfermedades cerebrovasculares, las fracturas de cadera, o el cáncer ⁷. Los trastornos de evolución crónica propios del envejecimiento, permanecen o progresan durante largo tiempo, acompañando a la persona toda su vida, y con muchas posibilidades de condicionar algún tipo u otro de detrimento o menoscabo físico y/o psíquico, con la aceptación de que la muerte es el fin común a todos y que por razón de la edad puede entenderse como la evolución

lógica^{9, 11, 17}. Esto último hace además que a menudo sea difícil discernir entre lo que podría considerarse envejecimiento 'normal' ó 'patológico'¹⁸, tanto para la persona como para el profesional que la atiende⁹, pero en todo caso, las personas mayores necesitan más frecuentemente ayuda, y esta atención está determinada principalmente por la dependencia funcional que producen los trastornos crónicos. El número total y relativo de profesionales y de tiempo, y en particular, de enfermeras dedicadas al cuidado de personas mayores se ha incrementado enormemente⁷, así como el de los familiares y otros cuidadores 'informales'^{19, 20}. En este sentido puede resaltarse aquí otra consecuencia que se deriva del aumento de la población mayor, que es el incremento de las necesidades de formación específica para los profesionales que los atienden en los diversos núcleos de enseñanza⁷.

El aumento de los costes sociosanitarios causados por las elevadas necesidades de cuidados de las personas mayores lleva consigo la necesidad de realizar reflexiones importantes, ya que los intentos de prevención y rehabilitación, que desde luego están bien justificados desde el punto de vista humanitario, no reducen los costes si el periodo de necesidad de los cuidados terminará por llegar a cada una de estas personas, y lo único que se consigue es posponer este periodo unos años. Nos encontramos con la necesidad imperiosa de emplear medidas de gestión que articuladas con la realidad económica previsible permitan garantizar la atención a las personas mayores en el futuro próximo y lejano. Aunque existen implícitas esperanzas de que la conversión paulatina de los cuidados hospitalarios en domiciliarios pueden, además de mejorar la calidad, ahorrar dinero, esta cuestión es aún muy debatida²¹⁻²³. El cuidado de las personas mayores que son capaces de manejarse en su domicilio por sí mismas es, sin duda, menos costoso que el de las que precisan una institución⁷, y de ahí la preocupación por incrementar el autocuidado.

Sin embargo, tanto las medidas necesarias como su eficiencia necesitan aún de múltiples ensayos y evaluaciones que determinen con claridad las intervenciones a seguir. Con este objetivo nos encontramos en pleno proceso de modificación en la planificación sanitaria, la oferta de los recursos, la prioridad de su asignación y la organización del sistema y gestión de dichos recursos. Para poder adecuarse a las nuevas necesidades que genera este distinto escenario sociodemográfico se precisa del análisis de la situación, de la información para la planificación, que se constituye como el primer paso del ciclo de la planificación, previo a la formulación de objetivos²⁴. Este conocimiento íntimo debe lograrse a través de estudios sobre el estado de salud de la población mayor, y la Atención Primaria es el marco idóneo para la realización de estos estudios en la comunidad.

1.3.-LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Durante los últimos quince años, el sector sanitario de nuestro país ha experimentado modificaciones numerosas y sustanciales. La Atención Primaria ha sido uno de los

protagonistas de las remodelaciones del sistema sanitario. Los cambios introducidos en el nivel primario de atención de la salud han sido muy numerosos, mereciendo destacarse, a nivel normativo, la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Real Decreto 3303/78), la regulación de los Equipos de Atención Primaria (Real Decreto 137/84), y la Ley General de Sanidad (Ley 11/86) ²⁵⁻²⁷.

El nivel primario de atención a la salud está contemplándose como la piedra angular del servicio sanitario en todos los países. Desde mediados de los años 70 y durante la década de los 80, la comunidad internacional ha tomado conciencia progresivamente del cometido de la Atención Primaria. La conferencia de Alma-Ata (U.R.S.S., 6-12 Sept. 1978) no hizo sino reflejar este reconocimiento y ayudar a profundizar en el mismo ²⁵.

La Atención Primaria está presente en todos los países y, en la práctica, no existe un modelo pormenorizado que se acepte universalmente. Cada país ha adoptado una configuración propia y, no obstante, si hay un consenso relativo a su cometido general. El nivel primario de atención muestra una mayor capacidad que otros sectores para adecuar la respuesta a las necesidades de grupos concretos de población y es el nivel en el que se puede articular una relación efectiva con los servicios sociales y la participación de la comunidad. La atención por parte de los servicios especializados de problemas solucionables desde el nivel primario conlleva, por una parte, un coste más elevado y, por otra, es a menudo técnicamente inadecuada ²⁵.

En España, la Atención Primaria comprende la asistencia prestada por médicos generales, pediatras y enfermeras, ya sea en consultorios rurales o urbanos y, a partir de 1984, también en Centros de Salud. La asistencia se realiza así mismo en el domicilio de los pacientes. En el momento actual, coexisten dos formas organizativas: la tradicional y la de Equipo de Atención Primaria (EAP), con un progresivo incremento de la población atendida por EAP. La organización en EAP tiene algunas características reseñables: los médicos generales, enfermeras y pediatras se encuentran con dedicación completa; se prestan actividades tanto preventivas como curativas; y se distribuyen los recursos según la ordenación del territorio en Zonas de Salud. Además de las tareas de promoción, prevención, curación y reinserción social, otras funciones del EAP incluyen la educación sanitaria de la población, el diagnóstico de salud de la zona, evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos, realizar actividades de formación pregraduada y postgraduada, llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se decidan, participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental, y la realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen ²⁷. Los EAP trabajan con programas de salud estructurados y orientados a las necesidades locales, buscando activamente la población con mayor riesgo ²⁵. Los EAP tienen un Coordinador médico (con la función principal de dirección del centro, además de las actividades de relación con los demás servicios, instituciones sanitarias y la población), una Responsable de Enfermería y un Responsable de Asuntos Generales, nombrados por la Gerencia de Área. La elaboración de los programas y estrategias a seguir

se elaboran en comisiones de trabajo en las que participan profesionales de todos los estamentos, y los programas de salud elaborados son posteriormente aprobados por la Gerencia de Área.

1.4.-LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES E INMOVILIZADAS.

La atención domiciliaria es un término amplio que se utiliza para describir la provisión de todo tipo de servicios en el domicilio de las personas inmovilizadas, y que incluye los proporcionados por la familia, amigos, y vecinos (cuidadores informales), así como los proveedores pagados (cuidadores formales), que pueden ser desde los profesionales preparados hasta las ayudas más o menos inexpertas. Aunque vamos a centrar nuestro análisis en los profesionales de la salud y los servicios que prestan, no debe olvidarse que el grueso de los cuidados domiciliarios, especialmente en el caso de personas mayores, los proporcionan y consisten en su mayor parte en cuidados informales desempeñados por la familia, incluyéndose en ellos ayudas para desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales, además del soporte psicosocial a través de las visitas o las llamadas de teléfono de familiares y amigos ^{22, 28}.

La atención a las personas mayores sufre la repercusión del proceso de envejecimiento, con un mayor énfasis en la incapacidad funcional más que en la propia enfermedad, y con la arrolladora importancia del soporte social y ambiental. La Asamblea Mundial del Envejecimiento convocada por la O.N.U. que tuvo lugar en Viena en 1982 dice en su recomendación nº 9 que 'se debe desarrollar e intensificar al máximo una buena asistencia médico-social a domicilio, ..., y conseguir que la persona de edad pueda estar en su propio domicilio con independencia y el mayor tiempo posible, evitando la hospitalización y recibiendo la atención más adecuada y al más bajo coste' y que 'debe prestarse especial apoyo a los servicios de atención a domicilio, dotándoles de elementos médicos, paramédicos, de enfermería, y técnicos suficientes para poder limitar el recurso de la hospitalización' ^{12, 29}. El mantenimiento de una vida independiente inmersa en la comunidad, con una vivienda y soporte social adecuados son considerados en la actualidad objetivos prioritarios en la atención a personas mayores ³⁰⁻³², lo que no es sino el reflejo de sus deseos

³³

La controversia que se suscita en torno a si la asistencia domiciliaria disminuye los gastos sanitarios totales continúa aún sin resolverse. En principio, con este tipo de atención debieran disminuir los gastos al reducir los ingresos hospitalarios, descargando las urgencias y las consultas, facilitando las altas hospitalarias tempranas, manteniendo en el domicilio a personas con enfermedades terminales y reduciendo los gastos derivados del transporte de personas inmovilizadas ^{23, 32, 34}. Sin embargo, los múltiples estudios referidos a la utilidad y a los costes realizados hasta el momento, muestran resultados contradictorios. Si bien la mayor

parte coinciden en la aceptación del cuidado y en los beneficios que de él obtienen tanto enfermos como cuidadores, la relación coste-efectividad depende de gran cantidad de variables (sistema de salud, grupo de trabajo, prestaciones ofrecidas, entorno sanitario, cuidadores, tipo de estudio, etc.) que hace que en unas ocasiones aparezca como un sistema económicamente rentable y en otras no ^{10, 29, 35-39}.

En España, la atención domiciliaria no ha conseguido aún la cobertura necesaria, y es menor que en otros países europeos ^{40, 41}. Para conseguirla, los comités de expertos apuntaron que en nuestro país se requería de la existencia de una estructura asistencial que tuviese como objetivo la atención del paciente en su medio habitual ⁹, y se recomendó la creación de programas asistenciales específicos para las personas mayores, atendidos por equipos multidisciplinarios, así como potenciar la formación específica pre y postgraduada de los profesionales, y fomentar la investigación geriátrica y la realización de estudios epidemiológicos ^{8, 42, 43}.

La hospitalización domiciliaria y/o la asistencia geriátrica domiciliaria (la delimitación entre los dos tipos de atención no están claras, lo cual es motivo de controversia ³⁶) fueron los primeros servicios estructurados de atención en el domicilio que aparecieron en nuestro país, y se consideró una opción válida para evitar ingresos innecesarios de pacientes mayores que generalmente no precisaban de sofisticados medios para el diagnóstico, ya que su patología solía consistir en la agudización de una o varias enfermedades crónicas, con frecuencia ya diagnosticadas, y acortar a su estancia hospitalaria, ya que se acompañaba de la evitación y el acortamiento del número de hospitalizaciones tanto como de unos costes reducidos, dispensando a domicilio idénticos cuidados que en el hospital, sin los inconvenientes del mismo ^{37, 43-48}. Estas unidades, fueron creadas en hospitales de tercer nivel, ubicadas dentro del recinto del hospital, atendidas por un equipo multidisciplinar, realizando atención a pacientes quirúrgicos, médicos agudos, médicos crónicos y oncológicos, y tuvieron cierto auge en la década de los ochenta ⁴⁷. Con posterioridad, se proponía que la asistencia domiciliaria se centrara en los EAP, y las unidades de asistencia domiciliaria u hospitalización domiciliaria actuaran como unidades de apoyo a la Atención Primaria ⁴⁹.

En muchos de los EAP, después de su creación comenzó a desarrollarse la atención domiciliaria, con intensidad variable según los centros. En un estudio realizado en el año 1991 en una comunidad autónoma de nuestro país, se encontró que cerca de una cuarta parte de los EAP trabajaban en atención domiciliaria mediante un programa estructurado ⁵⁰. En algunos, ésta actividad no se realizaba dentro de un programa específico y no se encontraba por ello desglosada de la actividad a demanda, lo cual es considerado un error ya que los problemas de salud que se abordan en las visitas domiciliarias a demanda son distintos a los que presenta la población realmente inmovilizada ^{34, 51-54}. El modelo de atención clásico, fundamentalmente curativo, no responde adecuadamente a las necesidades de estas personas ⁸.

La Ley General de Sanidad establece que el Ministerio de Sanidad y Consumo es la

primera autoridad sanitaria y ente financiador del Sistema Nacional de Salud, por lo que le corresponde establecer los objetivos estratégicos en materia de sanidad, siendo el INSALUD la entidad gestora de los recursos para que se cumplan dichos objetivos, lo que se formaliza en un documento, el "Contrato-Programa marco Ministerio de Sanidad y Consumo-INSALUD". En él se establecen los servicios sanitarios de Atención Primaria que se deben ofrecer a la población, constituyendo los mismos la Cartera de Servicios ^{26, 55}. A su vez, la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD establece con cada Gerencia de Área un "Contrato-Programa de Área", con su correspondiente Cartera de Servicios ^{56, 57, 58}. Si existían discrepancias sobre cual es el ámbito desde el que se debía dispensar la asistencia domiciliaria, Hospitalario o Atención Primaria ^{21, 36, 45, 46, 48, 59, 60}, la aparición de estos documentos vino a disipar esas dudas. Tanto los criterios económicos como la menor yatrogenia y mayor autonomía de la Atención Primaria eran ineludibles en el diseño de las estrategias asistenciales ⁶⁰. En 1991 las Gerencias de Área del ámbito territorial gestionado por el INSALUD fueron instados a cumplimentar la "Cartera de Servicios de Atención Primaria", documento realizado por un grupo de expertos del campo de la organización de prestaciones asistenciales a finales de 1990. En dicho documento que intenta definir la oferta de servicios de Atención Primaria se incluían, como parte de las actividades que se podían desarrollar en los EAP, las consultas en domicilio y los programas de atención a enfermos crónicos. En 1992 los grupos de trabajo de las Gerencias elaboraron las "normas técnicas mínimas", que representan los criterios de la calidad que minimamente se debe exigir a la asistencia prestada en cada servicio y, por tanto, en la asistencia domiciliaria. Fruto de ello ha sido la aparición en 1993 de los documentos "Manual de procedimientos de la Cartera de Servicios" y "Normas técnicas mínimas" ^{61, 62}, que incluían los requisitos y normas que posteriormente se emplearían en la evaluación, estableciendo para cada servicio, entre otras cosas, la obligatoriedad de estar sustentado en un programa o protocolo. A su vez, la Gerencia de Área establece un Contrato Programa con cada uno de los EAP.

En el Área-2 de Madrid, la Gerencia de Área, junto con las Direcciones de Área y los Coordinadores de los EAP, elaboran las estrategias que se van a seguir en los centros para la consecución de los objetivos marcados. Los recursos asignados a cada zona básica de salud y, por tanto, a cada EAP, dependen de los servicios contratados en la Cartera de Servicios. Los profesionales de los EAP, a través de su Coordinador, participan ya de este modo en la gestión de los recursos sanitarios, gestión que tiende a descentralizarse progresivamente hacia los EAP. Deben mencionarse aquí también la reciente aparición del sistema de incentivos económicos proporcionales a la mayor oferta de servicios y condicionados a la consecución de los objetivos contratados por cada EAP, así como la implantación en el Área-2 del Programa de garantía de calidad de su actividad, bajo la supervisión de un experto en la materia ⁶³.

Los EAP son la unidad básica de atención a las personas mayores, y sus profesionales deberían solucionar el 95% de los problemas médico-asistenciales que les

plantean sus usuarios ancianos, dedicando a ello el 40% de su horario habitual ⁶⁴. Tanto en Europa como en Norteamérica se está prestando cada vez más atención a la necesidad de formación geriátrica durante la especialización en medicina familiar y comunitaria ^{8, 12, 65, 66}. En nuestro país también se comienza a prestar más atención a la geriatría en los planes de formación de la licenciatura de medicina, en los que las rotaciones por los EAP prevén también las visitas a domicilio ⁶⁷, y en la especialidad de medicina familiar y comunitaria ⁴⁵. En el Contrato Programa INSALUD-Gerencia del Área-2 de Madrid de 1993, se establecen objetivos de forma obligatoria para los servicios de atención domiciliaria a enfermos inmovilizados y terminales, de tal modo que se acuerda que para el programa de atención al adulto-anciano y en el servicio de atención domiciliaria a personas inmovilizadas y con enfermedad terminal se requieren un número mínimo de visitas ⁵⁶. Las normas técnicas mínimas que se exigían en el servicio, además de las inherentes a la existencia de la historia clínica, y de la frecuencia de las visitas, incluyen ya aspectos de la intervención como pueden ser la valoración y los cuidados, además de la evolución ⁶². Al año siguiente, que corresponde al periodo en el que se desarrolló nuestro estudio, el Contrato Programa muestra entre sus objetivos prioritarios las actuaciones dirigidas a la población anciana, potenciando la atención a las personas inmovilizadas y contratando el desarrollo de la actividad de visita domiciliaria de enfermería, debiendo ser superior a un 15% el porcentaje mensual de consultas atendidas en el domicilio, siendo de éstas un 65% por programas de salud ⁵⁷, lo que venía a reflejar el importante papel que se atribuye a la labor de enfermería como parte de la tendencia que existe a incrementar su presencia en el ámbito de la Atención Primaria ⁶⁸. En las normas técnicas mínimas se realizan aclaraciones en las que se expresa la necesidad de realizar una valoración funcional para las AVD, aspectos de relación del paciente con el entorno, diagnósticos clínicos, características de los cuidadores, y las actividades a realizar ⁶².

Para prestar atención a las personas inmovilizadas, los EAP diseñan Programas específicos con el objetivo general del fomento y la atención de estos usuarios ^{39, 69}, para que tengan el mayor grado de independencia posible ^{44, 70}, mejorando las funciones que permitan llevar a cabo las AVD y lograr el máximo nivel posible de bienestar, lo cual es sumamente apreciado por estas personas ^{71, 72}. La consecución de estos objetivos, además de ser una exigencia impuesta por la conciencia social y los derechos del ser humano, probablemente se acompañe de una reducción de los costes de la asistencia sociosanitaria ⁷³. El equipo de atención debe ser multidisciplinario ⁷⁰, y la colaboración de la familia y los cuidadores informales debe considerarse parte de este equipo ⁷⁴. En el Programa de atención a personas inmovilizadas del Área-2 activo en el momento del estudio la población diana la constituyeron las personas que presentaban un problema físico, psíquico y/o social, temporal o permanente, que les impedía desplazarse al Centro de Salud, incluyendo a las personas que se encontraban en estado terminal. En el protocolo que sirvió de base para la atención de enfermería, el objetivo general era proporcionar cuidados de enfermería a la persona y familia en su entorno habitual fomentando los recursos propios para alcanzar el nivel máximo de

autocuidado. Los objetivos específicos eran detectar las necesidades de cuidados en domicilio; atender a la persona y familia intentando abordar y dar respuesta a las necesidades físicas, psicológicas y sociales; fomentar la participación de la familia y/o cuidadores en la provisión de cuidados; detectar factores de riesgo que contribuyan a la aparición de nuevos problemas o complicaciones; y contribuir a disminuir el número de accidentes en el domicilio

75

La Cartera de Servicios de 1995 presenta algunas modificaciones, entre las que destacamos la separación de las actividades de la asistencia a personas inmovilizadas por un lado y personas con enfermedades terminales por otro que pasan a constituir servicios desglosados, respondiendo así a la realidad que representan las diferentes necesidades asistenciales de ambos grupos⁵⁸. Está previsto, por lo tanto, que se realicen modificaciones en los criterios de calidad, lo que demuestra que a medida que se desarrolla, el proceso de gestión implantado hace tres años continúa perfeccionándose.

La Constitución Española hace referencia a las personas mayores en su artículo 50⁷⁶, garantizando su atención mediante un sistema de servicios sociales. Con el equipo multidisciplinar del EAP que ejecuta el Programa de atención a personas inmovilizadas participan también trabajadores sociales, cuya tarea se vuelve preponderante cuando se trata de informar y ayudar a tramitar los servicios existentes ofertados por los servicios sociales de diversas instituciones (ayuntamiento, INSERSO, ONCE) o por organizaciones de voluntarios (Cáritas, Asociaciones de vecinos), la oferta de residencias públicas o privadas, o la percepción de pensiones o prestaciones. Los recursos sociales que son más utilizados por las personas mayores del distrito de Chamartín son los centros de tercera edad, los servicios de Cáritas, la Cruz Roja, los servicios de ayuda a domicilio del ayuntamiento y el servicio de telealarma del ayuntamiento^{46, 77}.

1.5.-EL CONCEPTO Y LOS MODELOS DE CALIDAD DE VIDA.

La mayoría de los autores abogan por la necesidad de un concepto preciso de calidad de vida (CV), para poder determinar que es una buena o mala calidad de vida, que parámetros la definen, y cual es el peso de cada uno de ellos⁷⁸.

El concepto de CV va más allá de las condiciones físicas. En su amplio sentido, la CV abarca todos los aspectos de la vida humana: componentes materiales y físicos, bienestar social, emocional y espiritual⁷⁹. La CV (Aranguren) es este conjunto de cualidades que hacen satisfactoria, amable la vida, y que proporcionan, si no tanto como felicidad, sí contento y satisfacción, como se produce con la sensación de bienestar y de compañía. El bienestar abarca el encontrarse bien psicosomáticamente, y asimismo la calidad moral de vida, el tener la conciencia tranquila. También incluye la calidad estética de la propia vida, que aún cuando no se logre sin más con dinero, supone la tenencia de unos ciertos recursos económicos. Por

una parte, las condiciones espaciales de la calidad estética: nuestro mundo, nuestro 'habitat' o espacio vital (la casa, la naturaleza, el cuerpo). Por otra, las condiciones temporales: posibilidad de empleo satisfactorio del tiempo tanto en el del trabajo como en el del ocio, poder y saber. En cuanto a la compañía, se refiere a la percepción del amor, la amistad, la solidaridad recíprocos. Es decir, que los demás existan para uno, y que uno exista para los demás ⁸⁰.

En las definiciones de la CV enunciadas por múltiples autores llama la atención la coincidencia de los términos empleados para describir a los componentes más subjetivos de la propia CV. Blanco-Abarca entiende la CV como la relación entre bienestar económico y felicidad; Dalkey, como un sentimiento de bienestar, satisfacción con la vida o felicidad; para Najman, la CV está constituida por la felicidad, la satisfacción por la vida y el bienestar general; Bobes, afirma que el núcleo central de la CV lo constituyen la felicidad y el bienestar; Cuervo-Arango, como la articulación entre el bienestar, la satisfacción con la vida y la felicidad; García-Riaño, como la evolución de los términos 'satisfacción de vida', 'felicidad', 'bienestar', etc.; Bradburn, entiende que la CV hace referencia al bienestar, la felicidad, y la satisfacción con la vida; Levi, afirma que la CV está compuesta de bienestar físico, mental y social, y de felicidad, satisfacción y recompensa ⁸¹⁻⁸⁶.

En las definiciones de otros autores se resalta la concepción global, amplia y multidimensional de la CV. Para Salomon, la CV es un concepto inclusivo que abarca todos los aspectos de la vida; Viney, resalta el carácter multidimensional; para Lawton, es el conjunto de evaluaciones sobre cada uno de los dominios importantes de la vida; para Torrance, incluye todos los factores que impactan sobre la vida; para Walker, representa un amplio espectro de dimensiones de la vida humana; Birdwood, afirma que la CV es la suma de todas las satisfacciones que hacen la vida digna de ser vivida; para DeHaes, es la evaluación global y completa de las buenas o satisfactorias características de la vida; García-Riaño, considera que a pesar de la pluralidad de las dimensiones intervinientes en la CV, ésta se debe estimar desde la unidad, siendo la valoración que la persona hace en un momento dado de su vida completa considerada como un todo, con referencia no solo al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante; Andrews propone que la CV es el resultado de la interacción entre características personales, condiciones objetivas de vida en determinadas áreas de la misma, y la satisfacción con las condiciones de vida en esas áreas ^{84, 85, 87-90}.

La determinación de si el resultado de la sensación de satisfacción puede ser considerada globalmente o como la suma de porciones, es un aspecto interesante de la CV. Diener en 1984 expuso dos teorías contrarias. De acuerdo con la teoría 'de la base hacia arriba' (bottom-up), las personas tienden a compartimentalizar la valoración o los sentimientos sobre su vida. La perspectiva 'de la base hacia arriba' establece que los juicios sobre áreas específicas de la vida están formadas por las experiencias encontradas en esos dominios. Estos sentimientos dominio-específicos son posteriormente sintetizados para formar

valoraciones globales o en conjunto de la satisfacción con la vida. Por contra, la perspectiva 'de la cúspide hacia abajo' (top-down), sugiere que la satisfacción global con la vida funciona en gran parte como un rasgo de la personalidad. Los defensores de esta visión mantienen que la persona realiza una evaluación continua de la vida que le predispone generalmente a valorar dominios específicos de modo que la valoración sea congruente con su evaluación global. El factor clave que diferencia estas perspectivas teóricas rivales es si los cambios en los dominios específicos preceden a los cambios en la satisfacción global con la vida (bottom-up), o si por el contrario la evaluación global determina en como los dominios específicos de la vida son valorados (top-down)⁹¹. La importancia de determinar el modelo adecuado es la elaboración de un instrumento para medir la CV u otro: medidas globales de CV o perfiles dominio-específicos que evalúen dimensiones particulares de la CV. Los resultados de las investigaciones en este sentido indican que las personas mayores tienden a emplear el mecanismo 'de la base hacia arriba'⁹².

El concepto de CV puede construirse desde dos tipos de modelos, denominados 'enumerativos' y 'complejos'⁹³. Los modelos 'enumerativos' entienden que la CV es simplemente un conjunto de condiciones que la persona puede o no puede satisfacer. Este conjunto de condiciones puede ser de orden sociológico, o aspectos físicos o mentales de la salud, o sus repercusiones socioeconómicas sobre la persona^{89, 93}.

Los modelos 'complejos' van más allá, e intentan buscar los mecanismos que determinan la CV⁹³. La 'teoría de la satisfacción de Campbell' postula que la satisfacción con la vida es mayor cuando los logros se aproximan a las aspiraciones, y es menor cuando se alejan. Las aspiraciones, a su vez, se basan en las comparaciones con los demás y en la propia experiencia pasada. Modificaciones del modelo afirman que solo funciona con las aspiraciones realistas, las que la persona cree merecidas, o bajo el control de ella misma⁹³.⁹⁴ Una base similar se constituye en el 'modelo de la discrepancia entre objetivos y logros de Michaelos', en el que se señala que la distancia entre el objetivo y el logro predice bien la satisfacción, que a su vez es predecible a partir de comparaciones con la mejor experiencia previa y con la gente normal, siempre y cuando estas se acompañen al menos de la consecución de metas. Posteriormente el mismo autor enunció el 'modelo de discrepancias múltiples', en el que afirma que las medidas de discrepancia predicen la satisfacción global mejor que las combinaciones de las puntuaciones particulares de satisfacción en diversas dimensiones⁹⁵.

Muchos autores centran sus definiciones del concepto de CV en las diferencias entre la 'realidad', las aspiraciones y los logros. La CV es para Andrews el reflejo de como los escenarios físicos, interpersonales y sociales son evaluados y juzgados por el individuo; Shin, la entiende como la posesión de los recursos que hagan posible la comparación de uno mismo con los otros; Bestuzhev-Lada, como el grado en que las necesidades materiales o mentales se encuentran satisfechas; Horley, como la relación entre la idoneidad de las circunstancias materiales y la percepción de estas circunstancias, como la valoración personal

comparada con las referencias externas o las aspiraciones personales; Calman, como la distancia entre los logros y las aspiraciones; Bobes, define la CV como un concepto basado en la integración de varios factores relacionados con la idea del Yo, y con la interacción del individuo con su mundo externo y sus proyectos existenciales; para Locke, la satisfacción es producto de la distancia entre los objetivos y los logros, y del valor de cada objetivo concreto; Sartorius, conceptualiza la calidad de vida como el grado de realización de un objetivo ^{85, 93, 96-98}.

Otro aspecto que se presenta como fundamental para el abordaje de la definición de la CV es la percepción. La percepción de un estímulo depende en gran medida de éste, pero no solamente. Los argumentos a favor de utilizar criterios subjetivos como un enfoque válido para medir la salud provienen del campo de la psicofísica. Los principios de la psicofísica fueron posteriormente incorporados a la psicometría, de donde nace una buena parte de las técnicas de medida utilizadas en el desarrollo de los instrumentos de medición de la salud subjetiva, y particularmente de la CV. Los principios más básicos aquí son aquellos que tienen que ver con la manera en que las personas perciben (y realizan juicios sobre) los fenómenos físicos como el color, el sonido, el dolor, etc. La búsqueda de la relación matemática entre intensidad de estímulo y percepción dió lugar a dos grandes teorías. En el año 1860 Fechner postulaba que el juicio subjetivo de un estímulo no era una imagen especular del mismo, y propuso un método de graduación de las sensaciones basado en el principio de las "mínimas diferencias reconocibles". Con esta técnica, basada en registrar la mínima intensidad requerida para que dos estímulos fueran reconocidos como de diferente magnitud, Fechner concluyó que un aumento geométrico en la actividad cerebral (el estímulo finalmente recibido por el sensorio) se acompaña de un aumento aritmético en la sensación consciente. En 1952, Stevens propuso una relación matemática más ajustada, que desplazó la idea logarítmica. La relación propuesta por Stevens coincidía con la de Fechner en que la respuesta no era lineal, pero difería en cuanto a que la relación no era universal, sino específica para cada estímulo. Esta relación venía dada por la fórmula: $R = k S^b$ (en la que R es la respuesta, S el nivel de estímulo y b un exponente típico para cada estímulo con un valor comprendido entre 0.3 y 1.7. El tamaño de este exponente es un indicador directo de la sensibilidad psicológica al estímulo ⁹⁹.

Los conceptos y modelos consultados nos han inspirado las siguientes conclusiones sobre el conocimiento de la CV:

- Se refiere a un concepto de naturaleza mayormente subjetiva.
- Engloba conceptos de no clara definición y, por tanto, de difícil medida (bienestar, satisfacción, felicidad,...).
- Aunque en última instancia es un sentimiento único, está determinado por múltiples fenómenos, mal conocidos, que contribuyen al resultado global.
- Existen algunos factores objetivables que, sin determinar directamente la calidad de vida, se le asocian en mayor o menor grado: factores físicos (enfermedad, sintomatología,

incapacidad); factores psicológicos (afectividad, ansiedad y estado de ánimo, cognición); factores sociales (nivel socioeconómico, rol, relaciones sociales, familia).

-Entre el estímulo de los factores objetivables y el resultado de la calidad de vida siempre se encuentra el arbitraje de la percepción de la persona.

-La percepción está determinada por la realidad, e influenciada al menos por las vivencias, las aspiraciones, los logros, el conocimiento de uno mismo y del entorno.

-Desde una perspectiva dinámica, puede entenderse que la diferencia en la percepción de un mismo estímulo por unas personas y otras depende de su capacidad para discriminar entre las necesidades reales y los deseos.

En la delimitación de los factores objetivos que se asocian con la CV, y cuando la población que se investiga está formada por personas mayores, una consideración especial merece el estado funcional ^{86, 100}, que para la mayoría de los autores tiene una importante contribución a la CV, aunque no alcance toda su amplitud. Para Patrick y Erickson, la CV incluye estado funcional, oportunidades sociales, percepción de la salud, deterioro, y supervivencia ^{101, 102}; Bergner, en la CV, además del estado funcional, incluye conciencia, descanso y sueño, energía y vitalidad, y satisfacción general con la vida ¹⁰³; Wiklund, considera que una buena CV precisa del mantenimiento de una buena capacidad funcional ¹⁰⁴; para Mor, son los aspectos de la vida y de la función humana considerados necesarios para vivir plenamente ¹⁰⁵; para Hanestad, es imprescindible la satisfacción funcional ¹⁰⁶.

La CV incluye el estado de salud, además de otros factores socioeconómicos y medioambientales. El estado de salud incluye la salud mental, física y social. Dentro del estado de salud el estado funcional incluye solamente las áreas de funcionamiento físico, psíquico o social más afectadas en la vida diaria, siendo el resultado del estado de salud. Es, por tanto, una dimensión de la salud objetivable. Es el comportamiento cotidiano tal y como se observa en el hogar de la persona o en la comunidad ¹⁰⁷.

Por lo tanto, el término valoración funcional debe de ser reservado para la medida de la habilidad del paciente para realizar determinadas tareas. El rango que comprende a estas tareas puede comprender desde las más simples del autocuidado hasta las responsabilidades ocupacionales de un alto ejecutivo. Estas tareas, que se denominan habitualmente AVD pueden clasificarse en tres escalones. El primero lo constituyen las AVD 'básicas' (alimentarse, vestirse, lavarse, asearse, ir al W.C., moverse por la casa, etc.), que determinan la supervivencia. El segundo escalón lo constituyen las AVD 'intermedias' (salir de casa, ir de compras, realizar las tareas de la casa, manejar dinero, hacer la comida, llamar por teléfono, etc.), que son tareas instrumentales esenciales para mantener la independencia y cuya realización determina frecuentemente que la persona pueda continuar viviendo sola. Por último, las AVD 'avanzadas', que pueden imaginarse como detalles 'lujosos' de la funcionalidad, que van más allá de lo que es necesario para mantener una vida independiente. Tienden a ser AVD voluntarias, específicas de la persona e influenciadas por factores culturales y motivacionales. Usualmente consisten en tareas recreativas,

ocupacionales, altruísticas o de servicios a la comunidad ^{108, 109}.

1.6.-LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.

En la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978 se produce un llamamiento mundial para la promoción de la salud, y sus conclusiones reiteran firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, es un derecho humano fundamental, que un nivel aceptable de salud forma parte del desarrollo de un país, y que ello entraña la mejora gradual de las condiciones y de la calidad de vida de los miembros de la sociedad.

Se piensa que el interés por la investigación de la calidad de vida fué estimulada por Lyndon B. Johnson (presidente de U.S.A. de 1963-1969). Sin embargo, ya en 1958, Galbraith había señalado la necesidad de medir los resultados del sistema de salud en términos de calidad de vida ¹¹⁰.

La valoración del estado de salud se hace necesaria por varios motivos: determinar la eficacia de las intervenciones médicas, la valoración de la calidad de los cuidados, la mejora en la toma de decisiones clínicas, la estimación de las necesidades de la población, y la comprensión de las causas y consecuencias de las diferencias en salud ⁷⁹. La limitación de los recursos obliga a medir las necesidades de atención por parte de grupos específicos, determinar prioridades en salud y discriminar en favor de quienes tienen más necesidad de atención ¹¹¹.

El concepto global de CV, que como se ha descrito abarca ampliamente las experiencias humanas, necesita ser reducido a medidas más tangibles, tarea difícil de efectuar ^{79, 112-114}.

En los años setenta la incorporación de medidas de CV en el proceso de toma de decisiones en la elaboración de los programas de salud, en la gestión sanitaria o del personal clínico, era más una fervorosa esperanza que una realidad, mientras las tradicionales medidas de mortalidad o morbilidad se encontraban en auge. En la utilización de la evaluación del estado de salud para analizar la calidad de la asistencia sanitaria se han empleado habitualmente estas medidas basadas en el modelo médico de atención como, por ejemplo, el número de altas hospitalarias o de fallecimientos. Tales indicadores eran inadecuados no solo por la insensibilidad de la medida de los resultados, ya que pueden no detectar incluso variaciones amplias en el nivel de atención, sino que son inapropiados cuando salvar la vida no es la única o la más importante meta de la atención, como en el caso de muchas ramas de la medicina (particularmente en la atención a personas mayores), ya que no reflejan las perspectivas de los pacientes y sus familiares. Desde entonces se han producido cambios importantes que han llevado a que en la actualidad, la percepción de los usuarios sea un factor que inexcusablemente debe tenerse en cuenta ^{79, 103, 115-118}. En parte, estos cambios han sido consecuencia de la pérdida progresiva de la utilidad de los

indicadores clásicos para la monitorización de los resultados de los programas sanitarios ¹¹⁹, o para la evaluación del estado de salud a nivel poblacional ^{120, 121}. En la evaluación de las intervenciones sanitarias se ha ido avanzando progresivamente desde los ensayos clínicos, análisis de coste-beneficio, análisis de coste-efectividad (que consideraban en los resultados, respectivamente, eficacia, rentabilidad y efectividad) hasta culminar en los análisis de coste-utilidad (que considera como la intervención afecta a la duración y calidad de vida), los cuales utilizan a menudo unidades de medida como pueden ser los QALY ó AVAC (año de vida ajustado por calidad). Según este concepto, con una determinada intervención se puntuaría un QALY si con ella se le proporciona a la persona un año de vida adicional con una calidad de vida adecuada ^{89, 110, 122-126}.

La utilización de los servicios de salud se asocia mejor con criterios subjetivos del usuario que con criterios clínicos. También existe la evidencia de la pobre correlación que existe entre las percepciones del profesional y usuario de la CV y estado psicológico de este último, y la adhesión al consejo médico y al tratamiento dependen más de la percepción del usuario de que sus demandas son atendidas que de la gravedad u otros aspectos de los problemas de salud ^{117, 127-130}, y aunque los profesionales de la salud estuvieran intuitivamente enterados del impacto que los distintos problemas de salud tienen en la CV ¹¹⁴, necesitan de instrumentos de medida precisos que puedan ser utilizados en la práctica asistencial y cuyos resultados puedan intercambiarse entre distintos profesionales ^{131, 132}. Estos instrumentos incluyen fenómenos básicos del concepto de salud que han sido sistemáticamente olvidados por los profesionales de la salud: los aspectos funcionales, psicológicos y sociales. Sin ellos, no tendrían constancia de la perspectiva que la persona que atienden tiene de su estado de salud y no podrán evaluar los resultados de su actuación profesional ^{133, 134}. El estudio de estos factores puede incluso predecir las dificultades de rehabilitación psicosocial que pueden encontrarse después de intervenciones médicas específicas, y permitir el empleo de medidas de prevención ^{135, 136}. La evaluación de la CV también sirve para predecir la mortalidad, y en este sentido la percepción de la salud es predictora incluso con el ajuste de las variables más importantes, incluidas las enfermedades crónicas ¹³⁷⁻¹⁴². Además, la CV predice los recursos necesarios de asistencia sociosanitaria y de hecho, la percepción de la salud es la variable más claramente asociada con la utilización de los servicios sanitarios ^{73, 120, 121, 141-144}. Otro aspecto reseñable es que la medida de la CV es una información de bajo costo ^{11, 118, 141, 145-147}.

A la hora de evaluar, el principal problema con el que nos encontramos reside en definir lo que se va a medir. Los primeros intentos de medición han estado centrados fundamentalmente en aspectos sociales objetivos. Desde entonces hasta la actualidad ha existido una profunda transformación en la definición de qué es lo que se debe medir. En el momento actual hay un cierto acuerdo al admitir que la calidad de vida se puede describir como el conjunto de los factores función física, estado psicológico, sociabilidad y somatización. Si bien se ha producido un considerable avance en la medición de la calidad de vida con la delimitación de estos factores o dimensiones, la satisfacción con cada uno de

ellos y la importancia que les atribuye cada individuo es variable, no ejerciendo el mismo impacto cada uno sobre la calidad de vida global del sujeto. La situación se complica aún más con la existencia de unos factores moduladores (edad, sexo, tipo de enfermedad, gravedad de la misma,...) que actúan sobre las dimensiones anteriormente señaladas. La intensidad, dirección y forma en que actúan estos factores es otra fuente de ambigüedad en la medida. Todo ello conduce a que se desconozca la ponderación de cada una de las dimensiones y factores en la resultante final de la calidad de vida, así como a que tampoco se conozca que factores son los más afectados en una enfermedad o situación determinada. Mientras que para unos autores los problemas físicos son los que correlacionan más fuertemente con la calidad de vida, para otros tanto los factores psicológicos como los somáticos afectan a la calidad de vida por la estrecha relación de ambos con la falta de satisfacción con la vida, considerándose esta última como el factor más importante. La dimensión social, tendría menor influencia sobre el estado de salud siendo, sin embargo, un factor importante en la calidad de vida global del sujeto ^{103, 110, 148-150}. La evaluación de la calidad de vida en las personas mayores reúne además, unas condiciones particulares que determinan diferencias en lo que se debe de medir.

Los indicadores sociales objetivos que sin duda deben considerarse en la evaluación de la CV son los ingresos económicos, la vivienda y sus condiciones, el nivel de educación, la seguridad personal, el tiempo libre y esparcimiento. Estos factores tienen influencia en la CV. A su vez, las relaciones sociales positivas, estables e íntimas, son el indicador subjetivo primordial.

En la dimensión física, se consideran fundamentales la evaluación del estado funcional, la exploración de las AVD con limitación, y la naturaleza e intensidad de la sintomatología de los eventuales problemas de salud y su gravedad.

En la dimensión psicológica, la evaluación de la ansiedad, los problemas emocionales, la afectividad y el estado cognitivo.

De las dos posibilidades para evaluar estos aspectos de la salud, una es la observación directa, y otra la constituye la utilización de encuestas auto o heteroaplicadas. Si para algunos factores claramente objetivos de la CV, y particularmente para los referidos al estado funcional la primera es conveniente, como la valoración que realiza un profesional durante una visita domiciliaria de las limitaciones en las AVD ¹⁰⁷, la obtención de información adecuada del estado subjetivo, solo puede conseguirse a través de las referencias de la propia persona y debido a la complejidad del lenguaje, para conseguir su elaboración y posterior utilidad como medida, estas referencias precisan encontrarse estructuradas en un cuestionario. Los cuestionarios o instrumentos estandarizados y estructurados tienen la ventaja de proporcionar una exploración más exhaustiva, incrementar la sensibilidad diagnóstica, y la obtención de resultados homologables para diferentes examinadores y en diferentes lugares, y para el mismo examinador con el paso del tiempo ⁴⁶. Muchas veces, los intentos de hallar problemas en la comunidad se han apoyado generalmente en proporcionar

alguna clase de lista de síntomas a revisar, que el encuestado debe responder. Esto requiere que los encuestados se clasifiquen a sí mismos, y en términos clínicos puede considerarse como una entrevista clínica. Estas listas están sesgadas por la opinión médica en cuanto a los síntomas que son importantes y por esta razón puede que no incluyan temas de importancia para el profano ¹⁵¹, razón por la cual se acude a instrumentos desarrollados específicamente para la calidad de vida.

1.7.-PARTICULARIDADES DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES.

En las personas mayores se recomienda realizar sistemáticamente una valoración activa del estado de salud, entendida como el diagnóstico multidimensional y multidisciplinario orientado a cuantificar, habitualmente, las capacidades y problemas médicos, funcionales, psíquicos y sociales (tanto los contactos sociales como el ambiente en el que vive) de la persona, con el objeto de trazar un plan para la intervención terapéutica y su seguimiento ⁹. ^{46, 64, 69, 152, 153}. Es necesario que se realice una búsqueda activa ya que en caso contrario, pueden pasar desapercibidas hasta dos tercios de sus enfermedades ⁴⁶. Esta valoración habitual, inicialmente puede no ocupar más de 15-20 minutos, incrementándose unos 20 minutos más por cada problema de salud encontrado ¹⁵², y en la misma debería incluirse la medición de la CV.

La edad en la cual la CV puede alcanzar su máxima entidad es la edad adulta. El paso de los años, cuando la salud se conserva, son vividos en continuidad con la edad madura, y la aparición del sentimiento de senilidad viene determinada por la aparición de la enfermedad y la minusvalía ⁸⁰. La consideración que merece la CV en la toma de decisiones asistenciales es aquí especialmente necesaria pues la presencia de las enfermedades crónicas y la expectativa de vida limitada demandan mayor atención sobre la calidad en detrimento de la cantidad. Desgraciadamente la CV, que en condiciones generales hemos dicho ya que es difícil de medir, presenta unos atributos distintos en las personas mayores que tampoco se encuentran aún claramente definidos, lo que ha provocado que las inferencias en la CV de estas personas a menudo se limiten a indicadores objetivos como la edad, el estado socioeconómico, el estado funcional, y la gravedad de la enfermedad. De entre ellos, predice con mayor fuerza una buena CV la posesión de un adecuado estado funcional, que permita mantener la residencia en el propio domicilio, un buen soporte social, y un estado de salud y mental satisfactorios ^{140, 154}.

Sin embargo, percepciones de sí mismos como las vivencias de los síntomas o la satisfacción con la vida, no son necesariamente reflejados por esos indicadores objetivos ¹⁵⁵. La autopercepción de la salud se considera un parámetro válido en la medición del estado de salud en personas mayores, en las cuales además, ha probado también a nivel

poblacional ser un buen indicador de la demanda de atención sanitaria ^{118, 121, 156} que permite la planificación de los servicios dirigidos a este grupo población ⁹. Incluso la utilización de los servicios sanitarios está asociada más fuertemente con la percepción de la salud que con el problema de salud que presentan ¹⁵⁷, y la adhesión de los pacientes al tratamiento esta influenciada por el efecto del tratamiento en la CV, lo que parece indicar que la percepción del paciente es el mayor determinante de la necesidad y del resultado exitoso del tratamiento ^{158, 159}. Así mismo, estudios longitudinales han demostrado que la longevidad, en términos de supervivencia, está mucho más ligada a la salud 'subjetiva' que a la 'objetiva', y que la percepción positiva de la salud es uno de los pocos factores asociados con un envejecimiento satisfactorio ^{140-143, 160}. El que además la CV pueda ser una información fácil de obtener, de bajo costo y que no requiere análisis complicados, hace que se completen los argumentos por los que se recomienda su investigación rutinaria ^{145, 146}.

La asunción de que la CV de las personas mayores es pobre está basada en los resultados de distintos estudios ^{17, 120, 161-166}, pese a lo cual en nuestro país existen pocas referencias de investigaciones de la CV en estas personas ^{9, 143, 167}. Muchas investigaciones se han realizado en personas institucionalizadas, y la interpretación de sus resultados merece una consideración particular, ya que las personas que se encuentran viviendo en residencias y otras instituciones se encuentran en unas condiciones especiales, y en estos estudios se han tenido en cuenta factores como el grado de autonomía y autocuidado dentro de un ambiente que es muy distinto al de la comunidad ¹⁶⁸⁻¹⁷³. La elevada prevalencia de demencia y dependencia física entre los residentes, así como la relación con los distintos estamentos del personal y la estructura física de la institución pueden afectar a estos factores de tal modo que en los resultados parece entenderse que el mantenimiento de la CV en estos centros no es sino el esfuerzo para evitar los efectos negativos de la propia institucionalización ⁷⁹, haciendo difícil generalizar los resultados de las investigaciones en este medio a poblaciones no institucionalizadas.

1.8.-LOS INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA.

Los instrumentos para medir la calidad de vida pueden considerarse la culminación del desarrollo histórico de los indicadores de salud ¹⁷⁴. Durante los últimos diez años se ha producido la aparición de un gran número de ellos, y la elección del instrumento adecuado a nuestros fines requiere de un análisis minucioso de estas múltiples posibilidades. Antes de que un instrumento pueda considerarse útil para medir la CV en las circunstancias que deseamos, es decir, en la evaluación del resultado de los programas de atención a personas mayores con enfermedades crónicas y para monitorizar la asistencia cotidiana de estos problemas de salud, tiene que demostrar su utilidad para éstos fines, y en la valoración de esta utilidad deben considerarse los siguientes criterios:

-debe estudiarse su adecuado desarrollo: bases conceptuales, procedencia de los ítem, método de construcción utilizado, población de origen, siendo pertinentes y lo suficientemente extensas como para abarcar todos los aspectos de la CV que son importantes para las personas a las que se evalúa; la intención principal del instrumento debe ser la medida de la CV.

-su formato, contenido, forma, tiempo y aceptabilidad de la administración deben hacer que su aplicación sea breve, sencilla, y adecuada a la actividad habitual de los profesionales.

-es necesario examinar la forma de puntuar, los efectos 'techo' y 'suelo', la ponderación de los ítem, y la existencia de normas disponibles.

-debe cumplir criterios robustos de validez (contenido adecuado, convergencia o divergencia con otras medidas, capacidad de discriminación, métodos estadísticos utilizados), fiabilidad (estabilidad en pruebas de test-retest, auto y heteroadministrado, entre entrevistadores, métodos estadísticos utilizados) y sensibilidad; las personas que presentan los problemas de salud deben de tener puntuación peor que las que no los presentan; la puntuación en cada dimensión del estado de salud debe corresponderse con rasgos específicos de cada problema de salud; dentro de cada problema de salud, las puntuaciones deben variar para personas con distinta gravedad; y deben ser sensibles a los efectos beneficiosos o nocivos de la asistencia sociosanitaria

-su uso debe estar extendido (estudios y experiencias previas), y preferiblemente en la misma lengua y cultura.

-su utilización debe ser costo-efectiva ^{11, 18, 79, 99, 175-182}.

En esta búsqueda del instrumento adecuado para medir la CV en personas mayores, de la amplia oferta disponible algunos se pueden excluir para el uso pretendido debido a la larga duración que precisa su administración y a que requieren elevados niveles de formación de los encuestadores, como son el Older American Research and Service Center Instrument (OARS) ¹⁸³ o el Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) ¹⁸⁴.

Los instrumentos pueden clasificarse en unidimensionales o simples, y multidimensionales o compuestos. Las medidas simples son las que cubren un único aspecto de la salud ^{99, 185}. Dentro de éstos instrumentos se pueden destacar los Life Satisfaction Index ¹¹⁷, Southampton Self-esteem Scale ¹⁸⁶, Affect Balance Scale ¹⁸⁷, Life Situation Survey ¹⁸⁸, Philadelphia Geriatric Morale Scale ¹⁸⁹, Index of Well Being ¹⁹⁰, Quality of life index ¹⁹¹, y Rosser Index of Disability and Distress ¹⁹².

Las medidas compuestas son las que incluyen dos o más componentes de la salud. Como ya hemos expuesto, para reflejar la CV en las personas mayores es necesaria una evaluación multidimensional, y se deben incluir al menos elementos objetivos como la capacidad funcional, los estados físico, mental y social de la persona, así como otros subjetivos como el ánimo, autoestima, y satisfacción ¹⁹³. Esto hace inadecuada la utilización de un único instrumento unidimensional si se desea una perspectiva amplia de la CV en estas personas.

Las medidas compuestas se expresan en forma de índice, de perfiles, o de baterías. El término 'índice de salud' hace referencia a aquellas medidas que combinan información de varios componentes y la expresan en forma de un valor o puntuación resumen. El término 'perfil de salud' se aplica a aquellos instrumentos que, incluyendo dos o más componentes, cada componente puede ser expresado con un valor o puntuación resumen. Algunos de ellos pueden ser expresados en forma de puntuación global al mismo tiempo, pero no dan un valor global para toda la escala. Finalmente, las 'baterías de salud' son aquellas medidas que recogen varios aspectos de la salud pero que son puntuadas de manera independiente y expresadas en forma de puntuaciones individuales ^{99, 185, 194}.

Los instrumentos multidimensionales evaluados han sido el NHP (Nottingham Health Profile) ^{120, 195}, el SIP (Sickness Impact Profile) ¹⁹⁶, el MOSI (Medical Outcomes Study Instrument) ^{134, 175, 180, 181}, el Inventario de calidad de vida de García-Riaño ⁸⁴, y el Index Qualitat Vida de Ruiz-Ros ⁷⁸. Los tres primeros, sobre todo, son instrumentos que cuentan con un proceso de desarrollo óptimo, y las condiciones de validez, fiabilidad y sensibilidad son adecuadas. El SIP presenta varias desventajas con respecto al NHP: a diferencia del NHP, el SIP pide a las personas mayores encuestadas que hagan un juicio de como un problema está relacionado con la salud, y para estas personas a menudo es difícil discernir entre los efectos de la salud enferma y las naturales consecuencias del envejecimiento ^{79, 196}; es más extenso (136 ítem) y su aplicación requiere mucho más tiempo (20-40 minutos); a pesar de que existía una traducción del SIP al castellano, y se encontraba ya validada al inicio del estudio en una población de personas que presentaban esclerosis múltiple ¹⁹⁷, no lo era en el ámbito de la Atención Primaria, y no se encontraron otras referencias de experiencias realizadas con el mismo instrumento en nuestro medio. Después de estar concluido el estudio se publicó una nueva versión y validación del SIP en castellano ¹⁹⁸. Otra versión del SIP desarrollada para norteamericanos hispanohablantes presenta grandes deficiencias transculturales ¹⁹⁹.

El MOSI, por su parte, presenta dos desventajas con respecto al NHP: a pesar de sus prometedoras posibilidades, su aparición más reciente (1989) y menor divulgación han hecho que hasta el momento, la experiencia internacional de su uso sea escasa; y no se encuentra traducido ni validado en castellano.

Los instrumentos de García-Riaño y Ruiz Ros son de muy reciente aparición (1991 y 1992), y no presentan aún ninguna divulgación.

Por lo tanto, estos instrumentos no son los más adecuados en el momento actual para utilizar en las personas mayores en nuestro medio.

1.9.-EL PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM.

La descripción minuciosa del NHP se realiza en el apartado de 'Material y métodos'.

La elección del NHP para nuestro estudio ha sido determinada por el resultado del balance entre sus ventajas y sus inconvenientes para la utilización propuesta.

Las ventajas que presenta el NHP son:

-Es apropiado para emplear en estudios de evaluación del estado de salud en poblaciones específicas, como personas de edad elevada, con enfermedades crónicas muy incapacitantes, y en estudios transversales y de seguimiento en el ámbito de la Atención Primaria de salud. Predice adecuadamente las necesidades de la población y es un excelente indicador para la monitorización de los resultados de los programas de salud. Proporciona información directa de como distintos patrones de enfermedad varían en una población y de como esta variación se relaciona con factores sociales ^{29, 79, 166, 200-205}.

-Tiene una elevada fiabilidad y validez, es barato y sencillo de administrar; se tarda tan solo 10 a 15 minutos en completar; es sencillo de puntuar y de procesar en los paquetes estadísticos convencionales.

-No pregunta directamente sobre problemas de salud y puede, por tanto, ser utilizado por grupos que no se consideren ellos mismos enfermos ¹⁹⁶. En este sentido tiene gran importancia el fenómeno de la 'enfermedad como desviación', que consiste en que los síntomas, o los problemas de salud son interpretados como enfermedad solo si se desvían del estado de salud socialmente 'normal'. Por este motivo, en la evaluación de la calidad de vida, y particularmente en las personas mayores, es necesario que los contenidos de las preguntas no se refieran a la interpretación de los síntomas, sino a indagar sobre su existencia ²⁰⁰. El NHP, al expresar las preguntas con un lenguaje popular, puede ser comprendido por personas con muy distintos niveles de instrucción.

-Los resultados proporcionan perfiles que son diferentes para distintos problemas de salud; detecta los cambios que se producen en la evolución de los problemas de salud; puede ser usado para el estado general de salud percibida, y para problemas de salud específicos; se dispone de datos de la población general y otros estudios que pueden ser utilizados para su comparación ¹⁵⁸.

El NHP presenta, a su vez, las siguientes limitaciones:

-Una muestra aleatoria de una población 'normal', puntuará probablemente cero con elevada frecuencia, por lo que en estas circunstancias la discriminación del instrumento se verá disminuída por este efecto 'suelo' no detectando pequeñas variaciones en la CV. Sin embargo, es de esperar que en una población con una esperada elevada prevalencia de problemas crónicos, como las personas inmovilizadas, este efecto no se produzca ^{79, 163, 206}.

-En la sección en la que se estudian las AVD con limitación, pueden aparecer dificultades cuando según la percepción de la persona encuestada alguna de estas AVD no es de su competencia, lo cual podría ocurrir en las personas mayores en el caso de la actividad laboral y la vida sexual ¹⁶³.

-Se han puesto inconvenientes a la metodología empleada para la ponderación de los ítem en la versión inglesa (método Thurstone de comparaciones apareadas) ²⁰⁷, ponderación

que no se utiliza en la versión castellana ni en nuestro estudio ¹⁹⁵.

Dentro de las ventajas del NHP deben resaltarse también los positivos hallazgos observados al compararlo con otros instrumentos inespecíficos de evaluación del estado general de salud, y de la calidad de vida. Los resultados de estas comparaciones, especialmente la correlación con los otros instrumentos de mayor relevancia, confieren al NHP una elevada validez de concepto, tanto concurrente como predictiva ⁹⁹.

Se encuentra asociación entre el NHP y el General Health Survey (GHS), y se acepta que muestran conceptos similares ²⁰⁸.

La comparación con el General Health Questionnaire (GHQ) ²⁰⁹⁻²¹², muestra que el NHP tiene correlación con el GHQ de 12 ítem, y las subescalas de depresión y ansiedad. Las dimensiones del NHP que se relacionan mejor con éstas últimas son 'dolor físico' y 'alteración de la movilidad'. El NHP además de una muy buena indicación de la presencia de depresión y ansiedad, proporciona información adicional de otros aspectos de la enfermedad que no incluye el GHQ. Aún así, varios autores recomiendan suplementar el NHP con instrumentos de medida específicos de depresión y ansiedad, y particularmente en estudios comunitarios ^{209, 210}.

La London Handicap Scale (LHS), los resultados de la Matriz de Rosser y el Medical Outcomes Study Instrument (MOSI) presentan también correlación o asociación con el NHP ²¹²⁻²¹⁴, y con el Positive Well-Being Scale el NHP muestra una correlación débil ²¹⁵.

El NHP se correlaciona también con el Sickness Impact Profile (SIP), y los peores resultados del NHP y el SIP tienen mejor correlación en las dimensiones del estado de salud que son similares ('alteraciones emocionales'-'comportamiento emocional', o 'alteraciones del sueño'-'sueño y descanso') ²¹⁶. El grupo al que pertenecen los autores de la versión en castellano del NHP ha traducido y validado también una nueva versión en nuestra lengua del SIP, y se espera que la comparación entre las versiones en castellano de ambos pronto se encontrará disponible ¹⁹⁸.

El instrumento de medida de la CV 'Quality of well being scale' (QWB) no presenta correlación con el NHP. Sin embargo, la disparidad de los resultados de la correlación de esta escala con otros instrumentos de medida de la CV (como puede ser el SIP) que al igual que el NHP cumplen elevadas condiciones de validez, hacen que sea la utilidad del QWB la que se encuentre en entredicho, a pesar de su aducida adecuación para los análisis de coste-efectividad ²¹⁶⁻²¹⁸.

1.10.-ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

En 1993 se creó en el Área 2 de Atención Primaria de Madrid una Unidad de Investigación (que en parte se desglosó de la Comisión de Formación, Docencia e Investigación anteriormente existente en el Área), que obtuvo la acreditación para el F.I.S.

(Fondo de Investigación Sanitaria) en 1994, y en la que participan profesionales de todos los estamentos, agrupados en líneas de investigación. La línea 'Estado de salud de la población anciana', a la cual pertenece el doctorando, fué creada con el objetivo de conocer cual era la situación de este grupo de la población para planificar la oferta sanitaria. De los primeros estudios que se realizaron ^{5, 6}, concluimos que el porcentaje de personas mayores del Área que no pueden desplazarse al centro por problemas de salud es muy elevado, y que en ellas se observa una gran dependencia funcional y pésimos resultados en las escalas de soporte social y deterioro cognitivo. Estos motivos y la instauración del "Programa de atención a personas inmovilizadas" en todos los EAP del Área hicieron que se considerase necesario profundizar en el conocimiento de las necesidades y demandas de este grupo.

Una vez estudiado el estado actual del conocimiento sobre el tema en la bibliografía existente, observamos que existen algunos estudios realizados en personas inmovilizadas en nuestro país en los que, sin embargo, no se aborda una perspectiva multidimensional y multidisciplinar del estado de salud y no realizan la medida de la calidad de vida de estas personas, que considerabamos un dato imprescindible de la valoración. Esta inexistencia de estudios que aporten información sobre los aspectos referidos, la importancia de conocer esta información, la evidencia de que los recursos necesarios para la investigación eran compensados por los resultados esperables, y la viabilidad de la misma, hicieron que diseñásemos un proyecto y realizásemos un estudio con los objetivos descritos en el apartado siguiente.

2.- OBJETIVOS

2.-OBJETIVOS.

2.1.-OBJETIVOS GENERALES.

2.1.1.-Conocer el estado de salud de los mayores que se encuentran inmobilizados desde la perspectiva multidisciplinar médica, de enfermería y socioambiental.

2.1.2.-Conocer la calidad de vida de estas personas inmobilizadas.

2.1.3.-Conocer cuales son los factores que tienen asociación con la calidad de vida de estas personas y cuantificar la magnitud de esta asociación.

2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

2.2.1.-Conocer las características sociodemográficas de la población de estudio (personas inmobilizados de edad mayor o igual a 65 años atendidas por los Equipos de Atención Primaria del distrito de Chamartín del INSALUD-Madrid; ver apartado 3.2.2.- Población de estudio).

2.2.2.-Conocer el resultado de la valoración médica de la población de estudio, a través de la presencia o ausencia de problemas de salud.

2.2.3.-Conocer el resultado de la valoración de enfermería de la población de estudio, a través de la presencia o ausencia de disfunción en los patrones funcionales de Gordon (ver apartado 3.3.1.3).

2.2.4.-Conocer el resultado de la valoración socioambiental de la población de estudio a través de la medida de factores socioeconómicos y medioambientales.

2.2.5.-Conocer la calidad de vida de la población de estudio a través de los resultados de la aplicación del Perfil de Salud de Nottingham.

2.2.6.-Conocer si existe asociación (y cuantificar su magnitud) entre la calidad de vida y los siguientes factores de la población de estudio:

- características sociodemográficas;
- presencia o ausencia de problemas de salud;

- presencia o ausencia de disfunción en los patrones de Gordon;
- condiciones socioeconómicas y medioambientales;
- probabilidad de presentar trastornos depresivos.

2.3.-OBJETIVOS SECUNDARIOS.

2.3.1.-Conocer la frecuencia de las visitas domiciliarias. Conocer si existe asociación (y cuantificar su magnitud) entre esta frecuencia y otros factores de la población de estudio.

3.- MATERIAL Y MÉTODOS

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1. DISEÑO BÁSICO. TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, analítico, transversal.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.2.1. POBLACIÓN DIANA.

La población a la que se desearía generalizar los resultados del estudio está constituida por las personas que tienen 65 o más años, que viven en un distrito urbano y que por motivos de salud se encuentran inmovilizados en su domicilio.

3.2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población que era accesible a nuestras posibilidades y que fué objeto del estudio estaba definida por los siguientes criterios de selección:

3.2.2.1. Criterios de selección.

Para ser incluida en el estudio, la persona debe cumplir cada una y la totalidad de las condiciones siguientes:

- 1.-Tener edad igual o mayor a 65 años cumplidos.
- 2.-Residir en el distrito de Chamartín del ayuntamiento de Madrid (las características del distrito y su población se muestran en el Anexo 2).
- 3.-Ser usuario de alguno de los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud del INSALUD del distrito (las características de los Equipos y sus usuarios se muestran en el Anexo 2).
- 4.-Estar incluido en el Programa de "Atención domiciliaria a inmovilizados" . En éste, la población diana la constituyeron las personas que presentaban un problema físico, psíquico y/o social, temporal o permanente, que les impedía desplazarse al Centro de Salud, incluyendo a las personas que se encontraban en estado terminal ⁷⁵.

5.-Todos los anteriores requisitos se cumplen durante el periodo de recogida de datos.

3.2.2.2. Estudio del número de personas que forman la Población de Estudio.

Un estudio preliminar se llevó a cabo en Abril de 1994 con el objetivo de obtener una cifra que nos diese una idea aproximada del número de personas que podrían conformar la futura población de estudio, lo que nos permitía planificar el posterior procedimiento de muestreo y la recogida de datos. Los datos se obtuvieron de los registros existentes en cada uno de los Centros de salud en los Ficheros de Edad y Sexo y los Libros de Morbilidad, haciéndose el contaje del número de personas que en ese momento cumplían los criterios de selección (solo los cuatro primeros al exceptuar, como es lógico, el referente al periodo de recogida de datos). En esta valoración preliminar se encontraron 312 personas (69 eran usuarios del Equipo de Atención Primaria (EAP) "A", 58 del "B", 110 del "C" y 75 del "D"; ver Anexo 3) que cumplían los criterios de selección, y a los que denominamos "población de estudio esperada". Esta población no fué elegida como definitiva para el estudio, al preverse variaciones que probablemente aparecerían en la misma durante los meses siguientes a este estudio y previos al inicio del periodo de recogida de datos, variaciones que podrían deberse sobre todo a nuevas inclusiones y exclusiones en el Programa de Inmovilizados. De confirmarse estas variaciones, utilizar esta población para el estudio habría llevado por un lado a incrementar el número de pérdidas y, por otro, a ignorar a personas que cumplían todos los criterios durante el periodo de recogida de datos pero no con anterioridad.

El estudio definitivo del número de personas que cumplían todos los criterios de selección se llevó a cabo en Junio de 1994, utilizando las mismas fuentes y empleando un procedimiento igual al anterior, obteniéndose en esta ocasión un total de 241 personas (53 usuarios del Equipo de Atención Primaria "A", 45 del "B", 85 del "C" y 58 del "D"), que son las que constituyeron finalmente la "población de estudio real". Tal y como se había supuesto la diferencia entre esta población "real" y la "esperada" se correspondió con la diferencia entre las inclusiones y exclusiones del Programa de Inmovilizados.

No se hizo muestreo, sino que se eligió para el estudio a la totalidad de la población de estudio por los siguientes motivos:

1.-Tal y como se comprobó en el estudio previo de Abril de 1994 descrito en el apartado anterior, la "población de estudio esperada" estaba formada por 312 personas.

2.-El tamaño mínimo de la muestra necesario para lograr la obtención de resultados expresados con significación estadística requeriría elegir a la totalidad de la población de estudio.

3.-Realizándose el estudio a la totalidad de la población de estudio y no a una muestra, la interpretación de los resultados cuenta con varias grandes ventajas:

a.-No es necesario emplear cálculos de estimación ya que los resultados que se obtienen se refieren a la propia población de estudio y por lo tanto son exactos y no vienen expresados con intervalos de confianza o probabilidades de error.

b.-Se minimiza el riesgo de cometer errores sistemáticos o sesgos de selección.

c.-Se asegura la ausencia de compromiso de los factores de la muestra en la validez interna del estudio.

4.-Estudiar a la totalidad de la población de estudio era una tarea accesible a nuestras posibilidades.

3.2.3. TÉCNICA DE RECLUTAMIENTO.

En todos los Equipos de Atención Primaria existe un registro de las personas incluídas en el Programa de Inmovilizados que se efectúa en los ficheros de clasificación por edad y sexo y/o los libros de registro de morbilidad que cada unidad médico-enfermera tiene de sus usuarios. En Junio de 1994 se acudió a cada Centro y a partir de estos registros, en los que consta la edad, se extrajeron todas las historias clínicas de las personas incluídas en el Programa de edad mayor o igual a 65 años. En las historias clínicas constan los domicilios, y al elegir a los residentes en el distrito de Chamartín se concluyó con la selección cumpliéndose así todos los requisitos impuestos por los criterios previstos.

3.3. VARIABLES DE ESTUDIO.

3.3.1. DEFINICIÓN DE LOS FACTORES DE ESTUDIO Y DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN.

Tal y como quedó reflejado en el apartado 1.3.-"Objetivos generales", la intención del estudio es conocer cual es el estado de salud de la población de mayor edad que se encuentra inmovilizada en un distrito urbano, entendiéndose como tal estado de salud el resultado de la valoración de los distintos profesionales que atienden a la persona inmovilizada, así como su calidad de vida. Además se estudian determinados factores que pueden tener influencia en la calidad de vida.

A diferencia de estudios más simples, donde se puede expresar de forma concreta cuales son los factores de estudio y cuales los criterios de evaluación, en el que ahora nos ocupa la tarea es más compleja y extensa ya que los objetivos específicos son múltiples, los factores de estudio y criterios de evaluación de cada objetivo son distintos, y encontramos

que variables que constituyen factores de estudio en una parte del mismo pasan a ser criterios de evaluación en otra, y viceversa. Por estos motivos no se hace en este apartado una distinción arbitraria entre factores de estudio y criterios de evaluación que no se correspondería con la realidad. Hecha esta aclaración, a continuación se enumeran y describen pormenorizadamente cada uno de ellos:

- Características sociodemográficas.
- Valoración médica del estado de salud.
- Valoración de enfermería del estado de salud.
- Valoración socioambiental del estado de salud.
- Valoración de la calidad de vida.
- Valoración de la probabilidad de presentar trastornos depresivos.
- Valoración de la frecuencia de la asistencia domiciliaria.

3.3.1.1.-Características sociodemográficas.

Las características sociodemográficas de la población de estudio que fueron consideradas fueron las siguientes:

- 1.-Edad.
- 2.-Sexo.
- 3.-Estado Civil.
- 4.-Equipo de Atención Primaria que presta la asistencia.

3.3.1.2.-Valoración médica del estado de salud.

El resultado de la valoración médica del estado de salud se ha definido como la presencia o ausencia de problemas de salud encontrados por el médico en la población de estudio. Más específicamente, es la enumeración de los problemas de salud encontrados en la valoración expresados según dispone la CIPSAP-2-definida (2ª Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria definida).

La valoración médica del estado de salud es realizada por el propio médico de Atención Primaria de la persona inmovilizada. Los médicos de los Equipos de Atención Primaria del Área-2 realizan una valoración global de la persona inmovilizada que incluye todos los apartados habituales de la historia clínica (antecedentes personales y familiares, anamnesis por aparatos, exploración, etc...). Si con esta valoración se encuentran problemas

de salud, su diagnóstico y nomenclatura se ajustan a la CIPSAP-2-definida. Este es un sistema de clasificación normalizado y universal, ampliamente difundido en el ámbito de la Atención Primaria, que cuenta con definiciones concretas y criterios de inclusión para cada problema de salud y cuyos códigos coinciden con los de la CIE-9 (9ª Clasificación Internacional de Enfermedades) en el 44% del total. Su utilización como expresión del resultado de la valoración médica garantiza unas condiciones de objetividad válidas para el estudio ²¹⁹⁻²²².

Los problemas de salud encontrados se han agrupado en apartados de tal forma que cada grupo diferente contiene problemas de salud con consecuencias clínicas afines. A pesar de que podría parecer que esta agrupación llevaría consigo una pérdida de información, se decidió llevarla a cabo por tres razones:

-El registro en la recogida de datos se simplifica al agrupar problemas de salud ya que, de no hacerlo, habría que considerar las 378 distintas categorías posibles en la hoja de recogida de datos, lo cual supondría un problema de espacio y de manejabilidad del cuestionario.

-La descripción y el análisis de los resultados son más operativos, ya que presumiblemente el número de casos encontrados en cada una de las 378 categorías sería muy escaso con la subsiguiente pérdida de información útil.

-Se pretende comparar los resultados obtenidos en este estudio con los resultados obtenidos en otros estudios de personas con problemas crónicos de salud, que por su importancia son de obligada referencia en los estudios sobre el estado de salud en Atención Primaria que se relacionan también con depresión o calidad de vida. Estos estudios coinciden en la necesidad de considerar los grupos que hemos seleccionado en este estudio ^{134, 175, 180,}

¹⁸¹

Los 21 grupos considerados, los problemas de salud incluidos en cada uno de ellos, y la clasificación y los códigos de la CIPSAP-2-definida correspondientes son los siguientes:

1.-Hipertensión arterial (HTA).

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo VII.-Enfermedades del aparato circulatorio,

del apartado b.-Alteraciones de la presión arterial,

los problemas de salud: 401*-Hipertensión no complicada.

402*-Hipertensión con afectación de órganos diana.

2.-Diabetes.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo III.-Enfermedades endocrinas, nutricionales, metabólicas,

el problema de salud 250*-Diabetes mellitus.

3.-Enfermedad cardíaca I.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo VII.-Enfermedades del aparato circulatorio,
del apartado a.-Enfermedades cardíacas,

los problemas de salud: 410*-Infarto agudo de miocardio/Isquemia subaguda.
428*-Insuficiencia cardíaca izquierda/derecha.
416*-Cor pulmonale.

4.-Enfermedad cardíaca II.

Para este grupo se ha seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo VII.-Enfermedades del aparato circulatorio,
del apartado a.-Enfermedades cardíacas,

el problema de salud: 412*-Enfermedad isquémica cardíaca crónica.

5.-Enfermedad articular.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo XIII.-Enfermedades del aparato locomotor y tejido conectivo,
del apartado a.-Artritis y artrosis,

los problemas de salud: 714* -Artritis reumatoide y procesos asociados.
715* -Artrosis y procesos asociados.
7161 -Artritis/artrosis traumática.
7194 -Dolor o rigidez en articulación.
7190 -Inflamación o derrame en articulación.
725* -Otros tipos de artritis, artrosis y enf. del tejido
conectivo.

Del apartado b.-Reumatismo no articular,

el problema de salud: 7260 -Síndromes del hombro.

Del apartado d.-Otras alteraciones del aparato locomotor y del tejido
conectivo,

los problemas de salud: 7274 -Ganglión articular.
732* -Osteocondrosis.
7330 -Osteoporosis.
717* -Inestabilidad interna de rodilla.
736* -Deformidades adquiridas de los miembros.
739* -Otras enfermedades del a. locomotor y tejido
conectivo.

6.-Enfermedad vertebral.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo XIII.-Enfermedades del aparato locomotor y tejido conectivo,
del apartado c.-Síndromes de la columna vertebral,

los problemas de salud: 723* -Síndromes relacionados con la columna vertebral.
721* -Artrosis de la columna.
7242 -Dolor de espalda sin irradiación.
7244 -Dolor de espalda con irradiación.
737* -Deformidades adquiridas de la columna.

7.-Enfermedad respiratoria.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo VIII.-Enfermedades del aparato respiratorio,

los problemas de salud: 491* -Bronquitis crónica y bronquiectasias.
492* -Enfisema y EPOC.
493* -Asma.

8.-Enfermedad gastrointestinal.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo IX.-Enfermedades del aparato digestivo,

los problemas de salud: 532* -Úlcera de duodeno.
533* -Otras úlceras pépticas.
536* -Otras enf. de estómago y duodeno.
550* -Hernia inguinal.
551* -Hernia de hiato, hernia diafragmática.
553* -Otras hernias abdominales.
562* -Enfermedad diverticular del intestino.
558* -Síndrome de colon irritable y otros trastornos intestinales.
555* -Enfermedad de Crohn, enteritis crónica, colitis ulcerosa.
579* -Otras enfermedades del aparato digestivo.

9.-Depresión.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo V.-Enfermedades mentales,

del apartado a.-Psicosis (excepto la alcohólica y la inducida por drogas),

los problemas de salud: 296* -Psicosis afectivas. Se incluyen melancolía

involutiva, síndrome maniaco-depresivo, depresión psicótica, psicosis depresiva reactiva. Se excluyen hipomanía y manía.

Del apartado b.-Neurosis,
el problema de salud: 3004 -Depresión neurótica.

10.-Demencia.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo V.-Enfermedades mentales,
del apartado a.-Psicosis (excepto la alcohólica y la inducida por drogas),
los problemas de salud 294* -Psicosis orgánicas. Se incluye demencia no atribuible a alcohol o drogas. Se excluye delirio o estado confusional.
298* -Otras psicosis y psicosis inespecíficas. Se incluye demencia senil y presenil. Se excluyen el resto de categorías.

11.-Neoplasia maligna.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo II.-Neoplasias,
del apartado a.-Neoplasias malignas,
los problemas de salud: 151* -Neoplasia maligna de aparato digestivo.
162* -Neoplasia maligna de aparato respiratorio.
173* -Neoplasia maligna de piel y tejido conectivo.
174* -Neoplasia maligna de la mama.
180* -Neoplasia maligna del aparato genital femenino.
188* -Neoplasia maligna del aparato urinario y genital masculino.
201* -Enfermedad de Hodgkin, linfomatosis y leucemias.
199* -Otras neoplasias malignas.

12.-Enfermedades hepatobiliares.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo IX.-Enfermedades del aparato digestivo,
los problemas de salud: 571* -Cirrosis y otras enfermedades hepáticas.
574* -Enfermedades de la vesícula y la vía biliar.

13.-Obesidad.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo III.-Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas,
el problema de salud: 278* -Obesidad.

14.-Alcoholismo.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo V.-Enfermedades mentales,
del apartado c.-Otras alteraciones mentales y psicológicas,
el problema de salud: 3031 -Abuso crónico del alcohol.

15.-Enfermedades del sistema nervioso central.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo VI.-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los
sentidos,
del apartado a.-Enfermedades del sistema nervioso,
los problemas de salud: 340* -Esclerosis múltiple.
332* -Enfermedad de Parkinson.
355* -Otras enfermedades del sistema nervioso.

16.-Enfermedades oculares.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo VI.-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los
sentidos,
del apartado b.-Enfermedades oculares,
los problemas de salud: 365* -Glaucoma.
369* -Ceguera, disminución de la agudeza visual.
366* -Cataratas.

17.-Enfermedades del oído.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo VI.-Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los
sentidos,
del apartado c.-Enfermedades del oído y mastoides,
los problemas de salud: 386* -Síndromes vertiginosos.
387* -Sordera.

18.-Enfermedades cerebrovasculares.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo VI.-Enfermedades del aparato circulatorio,

del apartado c.-Enfermedades del sistema vascular,

los problemas de salud: 435* -Isquemia cerebral transitoria.

438* -Otras enfermedades cerebrovasculares.

19.-Enfermedad prostática.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo X.-Enfermedades del aparato genitourinario,

del apartado b.-Enfermedades de los órganos genitales masculinos,

los problemas de salud: 600* -Hipertrofia prostática benigna.

601* -Prostatitis, vesiculitis seminal.

20.-Fractura de columna o del miembro inferior.

Para este grupo se han seleccionado de la CIPSAP-2:

Del grupo XVII.-Lesiones y efectos adversos,

del apartado a.-Fracturas,

los problemas de salud: 805* -Fractura de columna vertebral.

820* -Fractura de fémur.

823* -Fractura de tibia, peroné.

21.-Otros.

Se incluye aquí cualquier problema de salud que no haya podido ser incluido en ninguno de los grupos anteriores.

3.3.1.3.-Valoración de enfermería del estado de salud.

La valoración de enfermería del estado de salud se ha definido como el resultado obtenido por la enfermera al emplear el sistema de valoración por patrones funcionales de Gordon. Por lo tanto, es la descripción de la presencia o ausencia de disfunción en cada uno de los once patrones funcionales.

El sistema de valoración de Gordon prevé el estudio de once patrones funcionales²²³. Un patrón se define como una secuencia de comportamiento a través del tiempo y se construye a partir de las descripciones del individuo, las observaciones de la enfermera y se complementa con el examen físico. Conlleva, por tanto, un proceso cognitivo que permite a la enfermera e individuo determinar de forma conjunta, tras la valoración de los once patrones, las necesidades de cuidados y el funcionamiento positivo ó alterado en cada uno de ellos²²⁴. Los once patrones considerados son:

- 1.-Percepción-control de la salud.
- 2.-Nutricional-metabólico.
- 3.-Eliminación.
- 4.-Actividad ejercicio.
- 5.-Descanso-sueño.
- 6.-Cognitivo-perceptual.
- 7.-Autopercepción.
- 8.-Relación-rol.
- 9.-Sexualidad-reproducción.
- 10.-Tolerancia al estrés y recursos.
- 11.-Valores-creencias.

Las enfermeras de los Equipos de Atención Primaria del Área-2 realizan la valoración de cualquier persona que se encuentre a su cuidado mediante este sistema de valoración por patrones funcionales de Gordon y, más específicamente, a todas las personas inmovilizadas tal y como se contempla en las actividades enfermeras descritas en el Programa de inmovilizados ⁷⁵. La Dirección de Enfermería del Área-2 llevó a cabo un Programa de formación continuada, mediante una parte del cual las enfermeras de los Equipos de Atención Primaria recibieron el entrenamiento adecuado para incorporar este sistema de valoración a la práctica diaria, lo que garantiza unos elevados niveles de conocimientos de aplicación del mismo y la unificación de criterios en la interpretación de los resultados ²²⁵⁻²²⁷, de los que carecen otros sistemas de valoración ^{52, 228}.

En el estudio, la valoración de los patrones funcionales de salud es realizada por la enfermera en el domicilio de la persona inmovilizada en el momento de la entrevista. De esta valoración pueden desprenderse, para cada uno de los patrones funcionales, tres posibles conclusiones:

1.-Patrón con funcionamiento adecuado.

El funcionamiento supera las normas esperadas.

2.-Patrón con disfunción:

El funcionamiento no supera las normas esperadas.

3.-Patrón de valoración irrealizable:

La enfermera no ha podido llevar a cabo la valoración parcial o completa del patrón. Esta situación está prevista en el sistema de valoración y puede ocurrir que la recogida de datos de ciertos patrones sea imposible, determinada por la situación y/o el desarrollo de la entrevista, pudiendo o no ser aplazada para otro momento ²²⁴.

Debido a la frecuencia con la que el concepto de patrón funcional se confunde con función, es conveniente aclarar que patrón con disfunción no es sinónimo de alteración de la función e ilustrar esto con un ejemplo: una persona puede tener alterada la función 'eliminación' debido a que presenta una incontinencia vesical; en estas mismas condiciones no existirá sin embargo disfunción en el patrón 'eliminación' si dispone de las medidas adecuadas de contención (como podría ser la correcta utilización de pañales de incontinencia), y no existen otras necesidades de cuidados.

Las definiciones de cada uno de los once patrones funcionales de salud de Gordon son las siguientes:

1.-Conocimiento y control de la salud.

Describe los conocimientos sobre la salud por parte del individuo, la familia o la comunidad y define las actuaciones más frecuentes encaminadas a fomentarla y mantenerla. Por tanto aborda la descripción que el individuo hace de su salud, las medidas preventivas que lleva a cabo para mantenerla, y los tratamientos importantes (incluyendo la ejecución de autocuidados y la previsión de problemas en los mismos).

2.-Nutrición y metabolismo.

Describe el patrón de consumo de alimentos: horas tipos y cantidades tanto de sólidos como de líquidos de la persona, así como los alimentos preferidos y excluidos de su dieta habitual. Incluye los cambios recientes de peso, deglución y masticación, suplementos de alimentación, capacidad de comer, consumo de dietas especiales.

3.-Eliminación.

Describe los hábitos de eliminación (intestinal, urinaria y cutánea), la regularidad de la función (percibida por el individuo), y utilización de medidas auxiliares. Incluye los cambios detectados en cuanto a la cantidad y/o calidad.

4.-Actividad-ejercicio.

Describe el patrón de ejercicio, actividad y ocio. Hace referencia a las actividades de la vida diaria, tipo, cantidad y calidad del ejercicio, profesión, tiempo de ocio que desarrolla un individuo y limitaciones existentes.

5.-Sueño y descanso.

Describe el patrón de sueño, descanso y relax habitual del individuo. Incluye la percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso, los problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido y las ayudas que se utilizan para dormir.

6.-Cognoscitivo-perceptivo.

Describe las capacidades sensoriales del individuo (oído, olfato, vista, gusto y tacto), así como las funciones cognoscitivas (lenguaje, memoria,...) y nivel de conocimientos.

7.-Percepción de sí mismo.

Describe el concepto que el individuo tiene de sí mismo, es decir, cómo se percibe y cómo percibe que los demás "le ven". Incluye las actitudes acerca de sí mismo, la imagen, la identidad, la autoestima, preocupaciones principales y efectos de una posible enfermedad y recuperación en su propia percepción.

8.-Rol-relaciones.

Describe el papel o rol que la persona desempeña en sus relaciones, tanto familiares como sociales y laborales, así como las responsabilidades implícitas en el mismo. Dentro de este patrón se hace referencia también a la capacidad de comunicación del individuo, entendiendo la misma en los aspectos de expresión y comprensión. Incluye sistemas de apoyo, vida familiar, quejas paternas, familiares y conyugales.

9.-Sexualidad-reproducción.

Describe la sexualidad y la función sexual, entendiendo por tal la elección que un individuo hace sobre la manera en que expresa la sexualidad, así como, su capacidad para manifestarla. Incluye satisfacción e insatisfacción con la misma y preocupaciones; cambios previstos debidos al crecimiento, desarrollo o situación (fertilidad, libido, erección, embarazo, contracepción, menstruación, menopausia); reproducción.

10.-Adaptación-tolerancia al estrés.

Incluye la toma de decisiones, cambios vitales, manejo de estrés, habilidad para el manejo de situaciones y necesidades de bienestar y seguridad.

11.-Valores-creencias.

Describe el sistema de valores y creencias (incluyendo tanto las éticas, como las religiosas) que guía al individuo en sus decisiones y forman parte del sentido de su vida ⁷⁵.

223, 224

3.3.1.4.-Valoración socioambiental del estado de salud.

La valoración socioambiental del estado de salud se ha definido como el resultado del estudio que el personal sociosanitario que atiende a la persona inmovilizada realiza de los

factores socioeconómicos y medioambientales que concurren en el caso. Los seis factores considerados son:

- el modo de convivencia.
- el nivel de escolaridad alcanzado.
- los ingresos económicos familiares.
- el régimen de vivienda.
- el índice de hacinamiento de la vivienda.
- el equipamiento con el que cuenta la vivienda.

La valoración socioambiental es realizada indistintamente por la trabajadora social, la enfermera o el médico del Equipo de Atención Primaria en el momento de la entrevista domiciliaria con la persona inmovilizada a través de la encuesta a la propia persona inmovilizada y sus familiares.

La definición de cada uno de los factores estudiados y su valoración es la siguiente:

3.3.1.4.1.-Modo de convivencia.

El modo de convivencia de la persona inmovilizada se ha definido como la situación en la que convive actualmente esta persona. Se han considerado las cuatro posibles situaciones siguientes:

- a.-'Vive solo': no convive nadie más en el domicilio.
- b.-'Vive en pareja': convive con su pareja, con o sin hijos u otros posibles convivientes.
- c.-'Vive en familia': convive con otras personas como los hijos, otros familiares, amigos, trabajadores contratados, etc... Se excluye a los que viven con su pareja.
- d.-'Vive en una institución': vive en un hospital, clínica, pensión, residencia, o instituciones similares.

Se ha elegido esta agrupación para poder comparar los resultados obtenidos en este estudio con los resultados que el equipo investigador obtuvo en dos estudios realizados con anterioridad en la población mayor del Área-2, en los que se consideraban éstas mismas cuatro situaciones o modos de convivencia ^{5, 6}.

3.3.1.4.2.-Nivel de escolaridad alcanzado.

El nivel de escolaridad alcanzado por la persona inmovilizada se ha definido como el

grado de conocimientos o estudios más elevado alcanzado por la misma. Se han considerado los cuatro posibles niveles siguientes:

- a.-'Nivel de iletrados': no saben leer ni escribir.
- b.-'Nivel de estudios elementales': sabe leer y/o escribir, pero no posee estudios primarios completos, cultura general u otros conocimientos a nivel de graduado escolar.
- 3.-'Nivel de estudios primarios': posee estudios primarios completos, cultura general, u otros conocimientos a nivel de graduado escolar, pero no posee el bachillerato superior completo ni un nivel equivalente a éste.
- 4.-'Nivel de estudios secundarios o superiores': posee el bachillerato superior o un nivel equivalente a éste, o grados aún superiores (estudios medios, universitarios, etc...).

Se ha elegido esta agrupación para poder comparar los resultados obtenidos en este estudio con los resultados que el equipo investigador obtuvo en dos estudios realizados con anterioridad en la población mayor del Área-2, en los que se consideraban éstos mismos niveles de escolaridad ^{5, 6}.

3.3.1.4.3.-Ingresos económicos mensuales.

Los ingresos económicos se han definido como la cantidad de pesetas mensuales totales, de cualquier procedencia, que el individuo refiere percibir en la actualidad. Los ingresos económicos mensuales se han agrupado en cinco clases diferentes:

- 1.-'Ingresos inferiores a 25000 pts.'
- 2.-'Ingresos de 25001 a 40000 pts.'
- 3.-'Ingresos de 40001 a 80000 pts.'
- 4.-'Ingresos de 80001 a 120000 pts.'
- 5.-'Ingresos superiores a 120000 pts.'

Esta agrupación en clases no es arbitraria, sino que los límites entre cada clase han sido elegidos obedeciendo a los siguientes criterios:

-En la clase 1 quedan incluidas solamente aquellas personas con ingresos económicos familiares mensuales absolutos que no alcanzan la pensión mínima no contributiva (26000 a 32635 pts.).

-En la clase 2 quedan incluidas las personas con ingresos superiores a la pensión

mínima no contributiva pero inferiores a la pensión mínima contributiva (43575 pts.).

-En la clase 3 quedan incluidas las personas con ingresos superiores a la pensión mínima contributiva pero inferiores al doble de la misma.

-En la clase 4 quedan incluidas las personas con ingresos superiores al doble de la pensión mínima contributiva pero inferiores al triple de la misma.

-En la clase 5 quedan incluidas las personas con ingresos superiores al triple de la pensión mínima contributiva ²²⁹.

3.3.1.4.4.-Régimen de vivienda.

El régimen de vivienda se ha definido como la situación de disfrute de la vivienda que habita que concurre en la persona según la presencia o ausencia de propiedad de la vivienda y de desembolso económico en concepto de alquiler. Se han considerado los tres posibles regímenes distintos siguientes:

1.-'Vivienda en propiedad': la vivienda es propiedad de la persona o de su familia, y su disfrute no se acompaña de un desembolso económico en concepto de alquiler.

2.-'Vivienda alquilada': la vivienda es alquilada y su disfrute se acompaña de un desembolso económico por este concepto.

3.-'Vivienda cedida': la vivienda no es propiedad de la persona o su familia, pero su disfrute no se acompaña de un desembolso económico en concepto de alquiler.

3.3.1.4.5.-Índice de hacinamiento.

El índice de hacinamiento se ha definido como la superficie de la vivienda que habita la persona que corresponde a cada conviviente, es decir es la cifra que resulta de dividir la superficie de la vivienda en la que habita la persona en metros cuadrados por el número de convivientes que viven en ella, y las dimensiones en las que se expresa son metros cuadrados por cada habitante.

3.3.1.4.6.-Equipamiento de la vivienda.

El equipamiento de la vivienda se ha definido como la situación de presencia o ausencia de las condiciones de equipamiento básicas en la vivienda que habita la persona. Se han considerado las siguientes once distintas condiciones de equipamiento:

- 1.-'Electricidad': es la presencia de corriente eléctrica en la instalación interior de la vivienda.
- 2.-'Agua corriente': es la presencia de agua corriente en la instalación interior de la vivienda.
- 3.-'Agua caliente': es la presencia de agua caliente en la instalación interior de la vivienda.
- 4.-'Calefacción': es la presencia de sistema de calefacción en la instalación interior de la vivienda.
- 5.-'Lavabo': es la presencia de al menos una pila de lavabo en la instalación interior de la vivienda.
- 6.-'Retrete': es la presencia de al menos un retrete en la instalación interior de la vivienda.
- 7.-'Ducha o bañera': es la presencia de al menos una ducha y/o bañera en la instalación interior de la vivienda.
- 8.-'Ventilación adecuada': es la presencia de sistema de ventilación y/o ventanas abribles que comuniquen con el exterior en la instalación interior de la vivienda.
- 9.-'Ausencia de humedad': es la ausencia de signos de humedad en suelos, techos y paredes del interior de la vivienda.
- 10.-'Luz solar': es la presencia de acceso a la luz natural desde al menos una ventana de la vivienda.
- 11.-'Ascensor': es la presencia de servicio de ascensor en funcionamiento en el edificio que permita a la persona evitar el uso de escaleras para entrar o salir de su vivienda, y también su ausencia en el caso de que la persona habite una planta baja.

3.3.1.5.-Valoración de la calidad de vida.

3.3.1.5.1.-Definición.

La valoración de la calidad de vida o estado de salud percibido por la propia persona inmovilizada se ha definido como el resultado obtenido con la aplicación de una encuesta a la propia persona inmovilizada, el Perfil de Salud de Nottingham, cuyas características y condiciones de aplicación se describen a continuación.

3.3.1.5.2.-Perfil de Salud de Nottingham: características generales.

El Perfil de Salud de Nottingham (NHP) es un cuestionario de medida de la salud percibida, desarrollado originalmente en Gran Bretaña, en la Universidad de Nottingham ^{230, 231}, con el objetivo de captar y registrar con exactitud algunos aspectos de los sentimientos y percepciones de los usuarios de un sistema sanitario con respecto a su estado de salud. Su elaboración en inglés se inició en 1975 y se completó en 1981 y en el meticuloso proceso de construcción y validación en esta población se emplearon seis años ^{116, 163, 203, 230, 232, 233}. Con posterioridad se creó el Grupo Europeo para Medidas de Calidad de Vida y Salud, constituido en 1987 para elaborar la traducción, validación y ponderación del cuestionario en otras lenguas y culturas ^{99, 116, 128}. Se desarrollaron inicialmente las versiones en sueco, francés, italiano y castellano ^{120, 173, 202, 205, 234-237}, y en la actualidad existen versiones en al menos seis lenguas europeas más (holandés, alemán, danés, catalán, finés, noruego) ^{99, 158, 238}, árabe e inglés americano ²³⁵, lo que respalda su universalidad, encontrándose en la actualidad más de doscientos trabajos publicados en las revistas científicas de mayor difusión mundial, múltiples estudios que garantizan las condiciones de divulgación internacional deseables ^{66, 104, 200, 206, 208-210, 232, 233, 239-252}.

El NHP ha demostrado ser un instrumento apropiado para la evaluación de intervenciones médicas o sociales en diseños de pre y post test, como una medida de calidad de vida en la comparación de grupos, como una herramienta de estudio para poblaciones determinadas en las cuales exista una tendencia a presentar altas frecuencias de enfermedad, para monitorizar cambios en la salud autopercebida por enfermos crónicos a lo largo del tiempo, como un accesorio de la entrevista clínica, o en ensayos clínicos para grupos de pacientes seleccionados ^{163, 202, 253}. Se encuentran ya trabajos que comparan a otros instrumentos de medida del estado de salud, y también ha demostrado ser un instrumento útil para medir la calidad de vida en personas mayores ^{79, 202, 204}, y especialmente cuando el impacto de las enfermedades crónicas es más pronunciado y aparece incapacidad ^{166, 205}. Es un instrumento óptimo para ser utilizado en estudios transversales y de seguimiento en el ámbito de la atención primaria de salud ¹⁶⁶.

La versión en castellano del NHP ha sido completada en 1990 por un grupo del Instituto Municipal de Investigación Médica del Ayuntamiento de Barcelona, y cumple los criterios de fiabilidad y validez exigibles para nuestra lengua y cultura ^{120, 234, 236}. En la actualidad existen ya estudios y trabajos publicados realizados en poblaciones de nuestro medio con el NHP, por lo que también cuenta con la difusión deseable en nuestro estado ^{110, 132, 133, 167, 185, 195, 236, 254-257}.

La versión castellana completa del NHP se muestra en el Anexo 4.

El NHP es un cuestionario que ha sido elaborado para ser utilizado como autoaplicado, en el que el contenido está escrito, y que se responde apuntando cruces. Es una corta encuesta que en personas mayores tarda diez minutos en cumplimentarse ⁷⁹, y que está compuesta de dos partes.

La primera parte contiene 38 frases que describen situaciones que los problemas de salud pueden causar a la persona y que se refieren a seis diferentes dimensiones del estado de salud:

- Disminución de la energía.
- Dolor físico.
- Problemas emocionales.
- Aislamiento social.
- Disminución de la movilidad.
- Alteraciones del sueño.

Cada una de las 38 frases o ítem es presentada a la persona que se encuesta, la cual debe responderla con un "sí" (si la persona padece dicha situación) o con un "no" (si la persona no padece dicha situación). Aunque existe una ponderación de cada uno de los ítem en la versión inglesa, solo se recomienda su utilización para estudios longitudinales, y en los transversales a todos los ítem contestados afirmativamente se les puede aplicar el mismo valor¹⁶³. De esta forma se evitan también las dudas que puedan suscitarse con motivo de los aducidos problemas metodológicos de la ponderación de los ítem con el sistema de Thurstone de comparaciones apareadas^{128, 207}. No se ha utilizado la ponderación en la versión castellana¹⁹⁵.

Al igual que ocurre con otros perfiles de salud, de ésta primera parte del NHP se obtiene un resultado global del perfil y resultados parciales de cada una de las seis dimensiones de salud consideradas. El resultado global del perfil se define como el porcentaje de frases de todo el cuestionario contestadas con un "sí". El resultado de cada dimensión del perfil es el porcentaje de frases del cuestionario referidas solamente a esa dimensión contestadas con un "sí". Es decir, tanto para el resultado global del perfil como para cada una de las dimensiones, un porcentaje mayor significa peor calidad de vida o estado de salud percibido siendo pésimo el valor "100", y un porcentaje menor se acompaña de mejor calidad de vida o estado de salud percibido siendo óptimo el valor "0".

Como en el cuestionario las frases no se encuentran ordenadas por las dimensiones a las que se refieren, sino que se encuentran entremezcladas entre sí, para poder identificar a que dimensión corresponde cada ítem, se ha expuesto la tabla de equivalencias entre el número de orden de cada ítem y la dimensión del Perfil a la que pertenece en el Anexo 5.

La segunda parte del NHP está compuesta de 7 preguntas sobre la existencia o no de limitación por causa de la salud en las siguientes actividades de la vida diaria (AVD):

- Actividad laboral.
- Actividades del hogar.

- Relaciones sociales.
- Vida familiar.
- Vida sexual.
- Aficiones.
- Tiempo de ocio.

Cada una de las siete preguntas es presentada a la persona que se encuesta la cual debe responderla con un "si" (si la persona padece limitación en dicha actividad) o con un "no" (si la persona no padece limitación en dicha actividad).

Además del resultado de presencia o ausencia de limitación en cada una de las siete actividades básicas estudiadas, en algún momento del análisis se considera para el estudio el número total y porcentaje de actividades de la vida diaria con limitación encontradas en esta parte del perfil, entendiéndose que un mayor número de actividades con limitación significa un peor estado de salud, y viceversa.

3.3.1.5.3.-Perfil de Salud de Nottingham: condiciones de aplicación.

Como ya se apuntó en el apartado anterior, el NHP es una encuesta autoaplicada, de contenido escrito y que se responde apuntando cruces. Por lo tanto, para poder ser aplicada a una persona, ésta precisaría cumplir las siguientes condiciones ¹⁶³:

- 1.-Saber leer.
- 2.-No tener algún impedimento sensorial visual que le impida la lectura del texto.
- 3.-No tener algún impedimento motriz que le impida apuntar las respuestas.
- 4.-No tener algún impedimento cognitivo que le impida comprender el significado del texto o elaborar la respuesta precisa.

El NHP puede ser utilizado también como heteroaplicado, de tal forma que el texto es leído a la persona que se desea encuestar por otra persona que además anota las respuestas que le va indicando la primera ^{79, 258}. En estas condiciones cumple también los criterios de fiabilidad y validez deseables. Al poder utilizarlo de esta forma se obvian las limitaciones que imponían las tres primeras condiciones de aplicación que se reflejaron anteriormente, por lo que el NHP solamente podrá no ser aplicado en el caso de impedimento cognitivo. No poder aplicar el perfil de salud a este grupo de personas no resta interés al instrumento ya que la tarea de medir la calidad de vida o salud percibida a través de la propia persona es incongruente con los casos de deterioro cognitivo, debido a la inherente alteración de la percepción que acompaña a estos trastornos ^{194, 259}.

En el estudio que nos ocupa, el médico o la enfermera que realizan la visita domiciliaria hacen una valoración, previa a la aplicación del NHP, con el objeto de averiguar si se presenta alguna de las limitaciones previstas para la utilización del NHP como autoaplicado o heteroaplicado. Como consecuencia de esta valoración se clasifica a la persona que se va a encuestar en una de las tres siguientes categorías:

1.-'Sin limitación': se incluyen aquí aquellas personas que cumplen las cuatro condiciones de aplicabilidad del NHP.

A este grupo se les aplica el NHP autoaplicado.

2.-'Limitación sensorio-motriz y/o iletrados': se incluyen aquí aquellas personas que presentan algún impedimento sensorial visual que les impide la lectura del texto, y/o algún impedimento motriz que les impide apuntar las respuestas, y/o que no saben leer, pero que no tienen ningún impedimento cognitivo que les impide comprender el significado del texto o elaborar la respuesta precisa.

A este grupo se le aplica el NHP heteroaplicado, prestando la ayuda algún miembro del personal sociosanitario que realiza la visita domiciliaria y/o un familiar.

3.-'Limitación cognitiva': se incluyen aquí las personas que tienen algún impedimento cognitivo que les impide comprender el significado del texto o elaborar la respuesta precisa.

A este grupo no se le aplica el NHP.

3.3.1.5.4.-Perfil de salud de Nottingham: momento de aplicación.

La aplicación del NHP se lleva a cabo en el momento de la visita domiciliaria, en las condiciones previstas en el apartado anterior.

Los resultados obtenidos con el NHP están influenciados por el momento de aplicación del perfil, al igual que ocurre con los resultados de las otras valoraciones del estado de salud, al poder variar éste en un corto lapso. Por este motivo, y para poder hacer una comparación válida entre los resultados se ha hecho coincidir en el tiempo a las distintas valoraciones del estado de salud.

3.3.1.6.-Valoración de la probabilidad de presentar trastornos depresivos.

3.3.1.6.1.-Definición.

La valoración de la presencia o ausencia de distres emocional y depresión en la

persona inmovilizada se ha definido como el resultado obtenido al aplicar a ésta persona la versión en castellano del "Instrumento breve para la detección de distress y depresión en estudios de despistaje de Burnam y col." o "Cuestionario de Burnam", cuyas características y condiciones de aplicación se describen a continuación.

3.3.1.6.2.-Cuestionario breve de Burnam: características generales.

El Cuestionario Breve de Burnam (CBB) es una encuesta autoaplicada que se utiliza para el despistaje de trastornos depresivos en atención primaria. Ha sido desarrollada originalmente en 1988 en U.S.A., en la Universidad de California y la RAND S.A.²⁶⁰. Es un cuestionario muy corto que consta de tan solo 8 ítem, por lo que su aplicación dura poco tiempo (dos a tres minutos). Ha sido diseñado para poder ser incluido como parte de una encuesta en la que se valorasen otros aspectos del estado de salud, presentando una elevada sensibilidad y un alto valor predictivo positivo para detectar trastornos depresivos en el ámbito de la atención primaria y en las poblaciones en las que ha sido validado²⁶¹⁻²⁶³. El resultado final se expresa mediante un valor numérico, proporcional a la probabilidad de padecer un trastorno depresivo. Se diferencia de las tradicionales escalas de síntomas depresivos en que cada uno de los ítem tiene una ponderación diferente en el resultado global, y además en que dos de los ocho ítem se refieren a la duración del ánimo deprimido lo cual tiene unas implicaciones diagnósticas relevantes.

El CBB completo traducido al castellano se muestra en el Anexo 6. Es un cuestionario que ha sido elaborado para ser utilizado como autoaplicado que puede ser utilizado como heteroaplicado, en el que el contenido está escrito, y que se responde apuntando cruces. Es una corta encuesta que está compuesta de ocho preguntas procedentes de otros cuestionarios ya existentes.

Los seis primeros ítem proceden del CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), escala cuya utilización presenta ya una elevada difusión internacional, y preguntan sobre la frecuencia con la que aparecen durante la última semana los siguientes síntomas clínicos^{176, 264-266}.

- Estado de ánimo deprimido.
- Alteraciones del sueño.
- Anhedonia.
- Llanto.
- Tristeza.
- Sentimientos de rechazo social.

Para responder a cada una de las preguntas se ofrecen cuatro posibilidades, según la frecuencia con la que se haya presentado el síntoma durante la última semana. A cada posible respuesta se le adjudica una puntuación entre 0 y 3. Las respuestas posibles y su puntuación son las siguientes:

-Raramente o nunca (menos de un día)	0
-A veces (uno o dos días)	1
-A menudo (tres o cuatro días)	2
-Todo o la mayor parte del tiempo (cinco a siete días)	3 ²⁶⁰

Los dos últimos ítem proceden del DIS (Diagnostic Interview Schedule) del DSM-III o, más específicamente, de la sección de depresión del mismo. El DIS es un cuestionario estructurado para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos a través de los criterios del DSM-III, que presenta una elevada difusión internacional, y que se encuentra traducido y validado en castellano^{176, 267-271}. Los dos ítem seleccionados preguntan sobre la existencia o no de periodos en los que los síntomas se encontraron presentes durante el último año. Las dos preguntas se responden con "NO" ó "SI" y se puntúan 0 y 1 respectivamente.

El valor final del CBB es el resultado que se obtiene al sustituir las puntuaciones obtenidas en las siguientes ecuaciones.

$$CBB[x] = e^{a+Bx}/1+e^{a+Bx}$$

-e es el número e, base de los logaritmos neperianos, que en este estudio se considera con 5 decimales (e = 2.71828).

-a es una constante, de valor igual a -6.543

-Bx es el resultado numérico que se obtiene al aplicar la puntuación de la respuesta encontrada en cada una de las preguntas del CBB en la fórmula siguiente:

$$Bx = (1.078 \times P1) + (0.185 \times P2) - (0.269 \times P3) + (0.329 \times P4) - (0.280 \times P5) \\ + (0.288 \times P6) + (2.712 \times P7) + (2.182 \times P8).$$

-Px es la puntuación de la respuesta emitida en cada ítem (1 al 8).

-(Los valores de Bx se encuentran incluidos en el intervalo [- 1.647 , 10. 534].)

El valor final del CBB se expresa como el resultado numérico de CBB[x], que puede variar entre 0 y 1 (concretamente los valores de CBB[x] pueden estar incluidos en el intervalo cerrado [0.000277 , 0.981818]).

La interpretación del resultado de P[x] es la siguiente: a medida que los valores de P[x] crecen (se aproximan a 1), aumenta también la probabilidad de que un trastorno

depresivo esté presente; a medida que los valores de $P[x]$ decrecen, disminuye también la probabilidad de que un trastorno depresivo esté presente, considerándose el valor 0.06 óptimo como punto de corte para los estudios de despistaje de trastornos depresivos en atención primaria. En el análisis de resultados del estudio que nos ocupa se han considerado tres posibles puntos de corte cuyos valores y características de sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo en el diagnóstico de trastornos depresivos a través del DIS con criterios del DSM-III en el ámbito de la atención primaria se muestran en la tabla siguiente

260.

PUNTO DE CORTE	A	B	C
VALOR DE $CBB[x]$	0.060	0.026	0.009
SENSIBILIDAD	86	93	100
ESPECIFICIDAD	95	92	83
VALOR PREDICTIVO +	37	23	16

Por lo tanto, para un valor de $CBB[x]$ que supere el punto de corte, la probabilidad expresada en porcentaje de padecer un trastorno depresivo es igual al valor predictivo positivo que corresponde a ese punto de corte.

El CBB ha sido diseñado para la detección de los siguientes trastornos depresivos, definidos y codificados según los criterios del DSM-III ²⁷²:

- Depresión mayor episodio único 296.2
- Depresión mayor recurrente 296.3
- Trastorno distímico (neurosis depresiva) 300.4

Ha sido ya utilizado como parte de un amplio estudio sobre el estado de salud en el ámbito de la atención primaria (Medical Outcomes Study) y en al menos otros dos estudios más ^{134, 175, 180, 181, 260}.

3.3.1.6.3.-Cuestionario de Bumam: condiciones de aplicación e instante de aplicación.

Las condiciones en las que se puede aplicar el CBB, y el instante en el que se aplicó en el estudio que nos ocupa, coinciden con las referidas para el NHP en los apartados 3.3.1.5.3. y 3.3.1.5.4., y a las que ahora nos remitimos.

3.3.1.6.4.-Cuestionario de Bumam: traducción al castellano.

Para poder ser empleado en el presente estudio se precisaba realizar la traducción del cuestionario al castellano y, a pesar de que la simplicidad con la que están expresadas las frases del mismo podrían haber permitido elegir un proceso de traducción simple como la realizada directamente por un bilingüe, se ha preferido un sistema de traducción estructurado que, aunque más complejo, garantizase la fiabilidad de la versión obtenida.

3.3.1.6.3.1.-Los traductores.

La selección de personas que podrían colaborar como traductores del CBB se hizo atendiendo a los siguientes criterios:

1.-Nivel de formación en lengua inglesa y lengua castellana: ante el problema de encontrar un número suficiente de verdaderos bilingües en nuestro medio, e incluso de definir y valorar el criterio de bilingüismo, se optó por elegir a personas que se hubiesen formado en ambas lenguas, que hubiesen vivido en ambas culturas y se hubiesen expresado entonces en la lengua autóctona.

2.-Características sociodemográficas y culturales: se eligieron las personas de tal modo que estuviesen representadas distintas clases sociales, niveles económicos, grupos de edad, niveles de estudios, sexos, estados civiles, y actividades laborales.

Finalmente se contó con un total de 20 personas, que fueron invitadas a participar en el proceso de traducción.

3.3.1.6.3.2.-El proceso de traducción.

En el proceso de traducción se ha empleado una combinación de los métodos de traducción-retrotraducción y descentralización que consiste en los siguientes pasos ^{99, 273}:

1.-En primer lugar se explica a los traductores que el objetivo a seguir tanto en los procesos de traducción directa como inversa es mantener en la versión traducida tres niveles de equivalencia con la original: tecnológico (forma y estructura de la frase), semántico y conceptual, recomendando como preferible preservar en primer lugar el nivel de equivalencia conceptual, después el semántico y por último el tecnológico.

2.-Los traductores hicieron individualmente una primera traducción de las 8 frases del cuestionario original.

3.-Con el total resultante de 160 frases se elaboró un segundo cuestionario que incluía a todas las diferentes frases encontradas, y se solicitó a los traductores que realizasen la

traducción inversa de cada una de ellas.

4.-Además se solicitó a los traductores que puntuasen cada una de las frases (tanto las resultantes de su propia traducción directa como las de los otros traductores) mediante una escala de Likert (de 1 a 5) según su grado de acuerdo con la traducción al ser comparadas con las frases originales.

5.-Se elaboró un cuestionario definitivo con las 8 frases traducidas que contaban con un mayor grado de acuerdo entre los traductores y que presentaban mayor coincidencia con el original en la traducción inversa realizada, y se solicitó de nuevo a los traductores que puntuasen cada una de las frases y el total del cuestionario usando el mismo proceso que en el apartado anterior.

3.3.1.6.3.3.-El cuestionario definitivo.

Las 8 frases originales, la traducción que definitivamente fué seleccionada, y la puntuación que refleja el grado de acuerdo de los traductores (expresada en porcentaje) con la traducción de cada una de las frases y del total del cuestionario son los siguientes:

1.-You felt depressed.

1.-Se ha sentido deprimido.

2.-Your sleep was restless.

2.-Ha tenido sueño inquieto.

3.-You enjoyed life.

3.-Ha disfrutado de la vida.

4.-You had crying spells.

4.-Ha tenido ratos en los que ha llorado.

5.-You felt sad.

5.-Se ha sentido triste.

6.-You felt that people disliked you.

6.-Ha sentido que la gente le tenía antipatía.

7.-Did you felt sad, blue, or depressed, or lost pleasure in things that you usually cared about or enyojed?

7.-¿Se ha sentido triste, melancólico o deprimido, o ha perdido el placer por cosas que habitualmente le interesaban o le divertían?

8.-Did you felt depressed or sad most days, even if you felt okay sometimes? Have you felt depressed or sad much of the time in the past year?

8.-¿Se ha sentido triste o deprimido la mayor parte de los días, incluso aunque se haya sentido perfectamente a veces?¿Se ha sentido deprimido o triste gran parte del tiempo

durante el pasado año?

Nº DE FRASE	GRADO DE ACUERDO	
	\bar{x} (%)	σ (%)
1	94.5	5.1
2	89.0	8.5
3	93.5	8.7
4	93.2	10.6
5	89.5	12.3
6	94.7	7.3
7	93.5	8.7
8	98.5	3.6
TOTAL	94.7	4.7

3.3.1.7.-Valoración de la frecuencia de la asistencia domiciliaria del personal sociosanitario a la persona inmovilizada.

3.3.1.7.1.-Definición.

La valoración de la frecuencia de la asistencia domiciliaria del personal sociosanitario se ha definido como el resultado obtenido al calcular el número medio de visitas que trimestralmente ha realizado el personal sociosanitario al domicilio del sujeto durante el último año para prestar los servicios contemplados en el Programa de Atención a Inmovilizados ⁷⁵. Se ha calculado dividiendo el número total de visitas realizadas durante el último año por el tiempo expresado en trimestres que la persona ha estado incluida en el programa durante el último año.

3.3.2.-VARIABLES DE ESTUDIO.

Las variables que han sido consideradas en la descripción y el análisis, y las abreviaturas empleadas son las siguientes:

3.3.2.1.-Características sociodemográficas.

Variable 1.1.-'Edad numérica' (EDN).

- Definición: edad de la persona inmovilizada.
- Tipo: cuantitativa, discreta, valores enteros.
- Dimensiones: años.
- Rango: [65-99].

Variable 1.2.-'Edad agrupada en tres clases' (E3C).

- Definición: resultado de agrupar la variable EDN en 3 clases.
- Tipo: cualitativa, ordinal.
- Categorías (3):
 - 1.-'65 a 74 años'.
 - 2.-'75 a 84 años'.
 - 3.-'85 años y mayores'.

Variable 1.3.-'Edad agrupada en seis clases' (E6C).

- Definición: resultado de agrupar la variable EDN en 6 clases.
- Tipo: cualitativa, ordinal.
- Categorías (6):
 - 1.-'65 a 69 años'.
 - 2.-'70 a 74 años'.
 - 3.-'75 a 79 años'.
 - 4.-'80 a 84 años'.
 - 5.-'85 a 89 años'.
 - 6.-'90 años y mayores'.

Variable 1.4.-'Sexo' (SEX).

- Definición: sexo de la persona inmovilizada.
- Tipo: cualitativa, nominal, dicotómica.
- Categorías (2):
 - 1.-'Masculino'.
 - 2.-'Femenino'.

Variable 1.5.-'Estado civil' (CIV).

- Definición: estado civil de la persona inmovilizada.
- Tipo: cualitativa, nominal.

- Categorías (4):
- 1.-'Soltero'.
 - 2.-'Casado'.
 - 3.-'Viudo'.
 - 4.-'Separado o divorciado'.

Variable 1.6.-'Equipo de Atención Primaria' (EAP).

-Definición: Equipo de Atención Primaria al que pertenece la persona inmovilizada.

-Tipo: cualitativa, nominal.

- Categorías (4):
- 1.-'EAP-A'.
 - 2.-'EAP-B'.
 - 3.-'EAP-C'.
 - 4.-'EAP-D'.

Variable 1.7.-'Número de historia clínica' (XHC).

-Definición: número de la historia clínica familiar de la persona inmovilizada.

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores enteros.

-Dimensiones: no tiene.

-Rango: [00000,99999].

3.3.2.2.-Valoración médica del estado de salud.

Variables 2.1. a 2.21. 'Problemas de salud'.

- Nombres:
- 1.-'Hipertensión arterial' (S01).
 - 2.-'Diabetes' (S02).
 - 3.-'Enfermedad cardíaca I' (S03).
 - 4.-'Enfermedad cardíaca II' (S04).
 - 5.-'Enfermedad articular' (S05).
 - 6.-'Enfermedad vertebral' (S06).
 - 7.-'Enfermedad respiratoria' (S07).
 - 8.-'Enfermedad gastrointestinal' (S08).
 - 9.-'Depresión' (S09).
 - 10.-'Demencia' (S10).
 - 11.-'Neoplasia maligna' (S11).
 - 12.-'Enfermedades hepatobiliares' (S12).
 - 13.-'Obesidad' (S13).
 - 14.-'Alcoholismo' (S14).
 - 15.-'Enfermedades del sistema nervioso central' (S15).

- 16.-'Enfermedades oculares' (S16).
- 17.-'Enfermedades del oído' (S17).
- 18.-'Enfermedades cerebrovasculares' (S18).
- 19.-'Enfermedad prostática' (S19).
- 20.-'Fractura de columna o del miembro inferior' (S20).
- 21.-'Otros' (S21).

-Definición: resultado de la valoración médica de la persona inmovilizada.

-Tipo: cualitativas, nominales, dicotómicas.

- Categorías (2):
- 1.-'Problema de salud ausente'.
 - 2.-'Problema de salud presente'.

Variables 2.22. a 2.25.-Problemas de salud agrupados en categorías.

- Nombres:
- 22.-'Enfermedad cardiorespiratoria' (S22).
 - 23.-'Enfermedad del aparato locomotor' (S23).
 - 24.-'Enfermedad neurológica' (S24).
 - 25.-'Enfermedad cardíaca' (S25).

-Definición: resultado de la valoración médica de la persona inmovilizada; S22 es el resultado de agrupar las variables S03, S04 y S07; S23 es el resultado de agrupar las variables S05, S06 y S20; S24 es el resultado de agrupar S10, S15, y S18; y S25 es el resultado de agrupar S03 y S04.

-Tipo: cualitativas, nominales, dicotómicas.

- Categorías (2):
- 1.-'Problema de salud ausente'.
 - 2.-'Problema de salud presente'.

3.3.2.3.-Valoración de enfermería del estado de salud.

Variables 3.1. a 3.11. 'Patrones funcionales'.

- Nombres:
- 1.-'Percepción-control de la salud' (G01).
 - 2.-'Nutricional-metabólico' (G02).
 - 3.-'Eliminación' (G03).
 - 4.-'Actividad ejercicio' (G04).
 - 5.-'Descanso-sueño' (G055).
 - 6.-'Cognitivo-perceptual' (G06).
 - 7.-'Autopercepción' (G07).
 - 8.-'Relación-rol' (G08).
 - 9.-'Sexualidad-reproducción' (G09).
 - 10.-'Tolerancia al estrés y recursos' (G10).

11.-'Valores-creencias' (G11).

- Definición: resultado de la valoración de enfermería.
- Tipo: cualitativas, nominales.
- Categorías (3):
 - 1.-'Patrón con funcionamiento adecuado'.
 - 2.-'Patrón con disfunción'.
 - 3.-'Patrón de valoración irrealizable'.

Variable 3.12.-'Número de patrones con disfunción' (GND).

- Definición: número de patrones con disfunción que presenta la persona inmovilizada.
- Tipo: cuantitativa, discreta, valores enteros.
- Dimensiones: patrones con disfunción.
- Rango: [0,11].

Variable 3.13.-'Número de patrones con funcionamiento adecuado' (GNF).

- Definición: número de patrones con funcionamiento adecuado que presenta la persona inmovilizada.
- Tipo: cuantitativa, discreta, valores enteros.
- Dimensiones: patrones con funcionamiento adecuado.
- Rango: [0,11].

Variable 3.14.-'Numero de patrones de valoración irrealizable' (GNI).

- Definición: número de patrones de valoración imposible que presenta la persona inmovilizada.
- Tipo: cuantitativa, discreta, valores enteros.
- Dimensiones: patrones de valoración imposible.
- Rango: [0,11].

Variable 3.15.-'Porcentaje absoluto de patrones con disfunción' (GPD).

- Definición: porcentaje de patrones con disfunción del total de patrones.
- Fórmula: $GPD = (GND \times 100) / 11$.
- Tipo: cuantitativa, discreta, valores con aproximación al segundo decimal más cercano.
- Rango: [0,100].
- Dimensiones: porcentaje.

Variable 3.16.-'Porcentaje relativo de patrones con disfunción' (GMD).

- Definición: porcentaje de patrones con disfunción de los patrones con valoración posible.

-Fórmula: $GPD = (GND \times 100) / (GND + GNF)$.

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores con aproximación al segundo decimal más cercano.

-Rango: [0,100].

-Dimensiones: porcentaje.

Variable 3.17.-'Porcentaje absoluto de patrones con funcionamiento adecuado' (GPF).

-Definición: porcentaje de patrones con funcionamiento adecuado del total de patrones.

-Fórmula: $GPF = (GNF \times 100) / 11$.

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores con aproximación al segundo decimal más cercano.

-Rango: [0,100].

-Dimensiones: porcentaje.

Variable 3.18.-'Porcentaje relativo de patrones con funcionamiento adecuado' (GMF).

-Definición: porcentaje de patrones con funcionamiento adecuado de los patrones con valoración posible.

-Fórmula: $GMF = (GNF \times 100) / (GND + GNF)$.

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores con aproximación al segundo decimal más cercano.

-Rango: [0,100].

-Dimensiones: porcentaje.

Variable 3.15.-'Porcentaje de patrones con valoración imposible' (GPI).

-Definición: porcentaje de patrones con valoración imposible del total de patrones.

-Fórmula: $GPI = (GNI \times 100) / 11$.

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores con aproximación al segundo decimal más cercano.

-Rango: [0,100].

-Dimensiones: porcentaje.

3.3.2.4.-Valoración socioambiental del estado de salud.

Variable 4.1.-'Modo de convivencia' (CON).

-Definición: modo en el que convive la persona inmovilizada.

-Tipo: cualitativa, nominal.

-Categorías (4): 1.-'Solo'.

- 2.-'Pareja'.
- 3.-'Familia'.
- 4.-'Institución'.

Variable 4.2.-'Nivel de escolaridad alcanzado' (XES).

-Definición: nivel de escolaridad alcanzado por la persona inmovilizada.

-Tipo: cualitativa, nominal.

- Categorías (4):
- 1.-'Illetrados'.
 - 2.-'Leer y escribir'.
 - 3.-'Primarios'.
 - 4.-'Secundarios o superiores'.

Variable 4.3.-'Ingresos económicos mensuales' (INA).

-Definición: ingresos económicos mensuales en pesetas.

-Tipo: cualitativa, ordinal.

- Categorías (5):
- 1.-'Inferiores a 25000 pts.'.
 - 2.-'De 25001 a 40000 pts.'.
 - 3.-'De 40001 a 80000 pts.'.
 - 4.-'De 80001 a 120000 pts.'.
 - 5.-'Superiores a 120000 pts.'.

Variable 4.4.-'Número de convivientes' (HAB).

-Definición: número de personas que habitan en el domicilio de la persona inmovilizada.

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores enteros.

-Dimensiones: personas.

-Rango: [1,99].

Variable 4.5.-'Régimen de vivienda' (PRO).

-Definición: situación de disfrute de la vivienda que habita que concurre en la persona inmovilizada.

-Tipo: cualitativa, nominal.

- Categorías (3):
- 1.-'Vivienda en propiedad'.
 - 2.-'Vivienda alquilada'.
 - 3.-'Vivienda cedida'.

Variable 4.6.-'Superficie de la vivienda' (SUP).

-Definición: superficie de la vivienda de la persona inmovilizada.

- Tipo: cuantitativa, discreta, valores enteros.
- Dimensiones: metros cuadrados.
- Rango: [1,999].

Variable 4.7.-'Índice de hacinamiento' (HAC).

- Definición: resultado de dividir la superficie de la vivienda de la persona inmovilizada entre el número de habitantes.
- Fórmula: $HAC = INR/HAC$.
- Tipo: cuantitativa, discreta, valores con aproximación al segundo decimal más cercano.
- Dimensiones: metros cuadrados/habitante.
- Rango: [1,999].

Variables 4.8. a 4.18.-'Equipamiento de la vivienda'.

- Nombres:
 - 1.-'Electricidad' (Q01).
 - 2.-'Agua corriente' (Q02).
 - 3.-'Agua caliente' (Q03).
 - 4.-'Calefacción' (Q04).
 - 5.-'Lavabo' (Q05).
 - 6.-'Retrete' (Q06).
 - 7.-'Ducha o bañera' (Q07).
 - 8.-'Ventilación adecuada' (Q08).
 - 9.-'Ausencia de humedad' (Q09).
 - 10.-'Luz solar' (Q10).
 - 11.-'Ascensor' (Q11).

- Definición: presencia o ausencia de la condición de equipamiento.
- Tipo: cualitativas, nominales, dicotómicas.
- Categorías (2):
 - 1.-'Condición de equipamiento presente'.
 - 2.-'Condición de equipamiento ausente'.

Variable 4.19.-'Número de condiciones de equipamiento ausentes' (QNT).

- Definición: número total de condiciones ausentes del equipamiento de la vivienda de la persona inmovilizada.
- Tipo: cuantitativa, discreta, valores enteros.
- Dimensiones: condiciones de equipamiento.
- Rango: [0,11].

Variable 4.20.-'Nivel de ingresos económicos mensuales' (INZ).

-Definición: resultado de agrupar la variable INA en tres categorías: Ingresos económicos bajos (agrupa las categorías 1 y 2 de la variable INA), Ingresos económicos medios (es la categoría 3 de la variable INA), Ingresos económicos altos (agrupa las categorías 4 y 5 de la variable INA).

-Tipo: cualitativa, nominal.

-Categorías (3):
1.-'Ingresos económicos bajos'.
2.-'Ingresos económicos medios'.
3.-'Ingresos económicos altos'.

3.3.2.5.-Valoración de la calidad de vida.

Variable 5.1.-'Resultado global del NHP' (NZP).

-Definición: resultado global obtenido por la persona inmovilizada en el Perfil de Salud de Nottingham.

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores con aproximación al segundo decimal.

-Dimensiones: porcentaje del máximo posible.

-Rango: [0,100].

Variables 5.2. a 5.7.-'Resultado de las dimensiones del NHP'.

-Nombres:
1.-'Disminución de la energía' (NEP).
2.-'Dolor físico' (NPP).
3.-'Problemas emocionales' (NMP).
4.-'Aislamiento social' (NSP).
5.-'Disminución de la movilidad' (NVP).
6.-'Alteraciones del sueño' (NDP).

-Definición: resultado obtenido por la persona inmovilizada en cada una de las dimensiones del NHP.

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores con aproximación al segundo decimal.

-Dimensiones: porcentaje del máximo posible.

-Rango: [0,100].

Variables 5.8. a 5.14.-'Actividades de la vida diaria afectadas'.

-Nombres:
1.-'Actividad laboral' (NX1).
2.-'Actividades del hogar' (NX2).
3.-'Relaciones sociales' (NX3).
4.-'Vida familiar' (NX4).
5.-'Vida sexual' (NX5).

6.-'Aficiones' (NX6).

7.-'Tiempo de ocio' (NX7).

-Definición: actividades de la vida diaria de la persona inmovilizada afectadas por el estado de salud.

-Tipo: cualitativas, nominales, dicotómicas.

-Categorías (2): 1.-'Actividad afectada'.
 2.-'Actividad no afectada'.

Variable 5.15.-'Número de actividades de la vida diaria afectadas' (NXT).

-Definición: número de actividades de la vida diaria de la persona inmovilizada afectadas por el estado de salud.

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores enteros.

-Dimensiones: actividades de la vida diaria.

-Rango: [0,7].

Variable 5.16.-'Porcentaje de actividades de la vida diaria afectadas' (NXP).

-Definición: porcentaje de actividades de la vida diaria afectadas por el estado de salud.

-Fórmula: $NXP = (NXT \times 100) / 7$

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores aproximados al segundo decimal.

-Dimensiones: porcentaje del total de actividades de la vida diaria.

-Rango: [0,100].

3.3.2.6.-Valoración de la probabilidad de presentar trastornos depresivos.

Variable 6.1.-'Resultado del Cuestionario de Burnam' (CBB).

-Definición: resultado obtenido por la persona inmovilizada en el CBB.

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores aproximados al cuarto decimal.

-Dimensiones: no tiene.

-Rango: [0,1].

Variabes 6.2. a 6.4.-'CBB agrupado en 2 clases'.

-Nombres: 1.-'Punto de corte A = 0,060' (CB1).

 2.-'Punto de corte B = 0,026' (CB2).

 3.-'Punto de corte C = 0,009' (CB3).

-Definición: resultado del CBB agrupado en 2 clases con límites en el punto de corte correspondiente.

-Tipo: cualitativa, ordinal.

- Categorías (2):
- 1.-'Depresión improbable'.
 - 2.-'Depresión probable'.

3.3.2.7.-Programa de Atención a inmovilizados.

Variable 7.1.-'Tiempo de permanencia en el Programa' (DIP).

-Definición: tiempo transcurrido desde la inclusión de la persona inmovilizada en el Programa.

-Tipo: cuantitativa, discreta, valores enteros.

-Dimensiones: días.

-Rango: [1, 9999].

Variable 7.2.-'Motivo de inclusión en el Programa' (MOT).

-Definición: problema de salud de la persona inmovilizada principal responsable de su inclusión en el programa.

-Tipo: cualitativa, nominal.

- Categorías (21):
- 1.-'Hipertensión arterial'.
 - 2.-'Diabetes'.
 - 3.-'Enfermedad cardíaca I'.
 - 4.-'Enfermedad cardíaca II'.
 - 5.-'Enfermedad articular'.
 - 6.-'Enfermedad vertebral'.
 - 7.-'Enfermedad respiratoria'.
 - 8.-'Enfermedad gastrointestinal'.
 - 9.-'Depresión'.
 - 10.-'Demencia'.
 - 11.-'Neoplasia maligna'.
 - 12.-'Enfermedades hepatobiliares'.
 - 13.-'Obesidad'.
 - 14.-'Alcoholismo'.
 - 15.-'Enfermedades del sistema nervioso central'.
 - 16.-'Enfermedades oculares'.
 - 17.-'Enfermedades del oído'.
 - 18.-'Enfermedades cerebrovasculares'.
 - 19.-'Enfermedad prostática'.
 - 20.-'Fractura de columna o del miembro inferior'.
 - 21.-'Otros'.

Variable 7.3.-'Frecuencia de visitas domiciliarias' (FMV).

- Definición: frecuencia trimestral media de visitas domiciliarias realizadas por el personal sociosanitario a la persona inmovilizada durante el último año.
- Tipo: cuantitativa, discreta, valores con aproximación al segundo decimal.
- Dimensiones: visitas domiciliarias/trimestre.
- Rango: [0,99].

3.3.3.-FUENTES DE INFORMACIÓN.

3.3.3.1.-Características sociodemográficas.

Los datos sobre las características sociodemográficas se encuentran registrados en la historia clínica. La 'edad' y el 'sexo' se encuentran en un apartado de la "carpeta de la historia clínica" dispuesto para ello, y el 'estado civil' se encuentra en la "hoja de datos generales".^{221, 222}. Los datos son recogidos por un miembro del equipo investigador durante la consulta inicial de historias clínicas.

Si alguno de los datos requeridos no está registrado en la historia clínica, la enfermera lo realiza en el momento de la entrevista con la persona inmovilizada, recogiendo los datos con posterioridad.

3.3.3.2.-Valoración médica.

Los problemas de salud encontrados en la valoración médica se encuentran registrados siguiendo la nomenclatura prevista en la CIPSAP-2-definida (Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria) en un apartado de la historia clínica denominado "lista de problemas individuales"^{219, 221, 222}. Este apartado está dispuesto para que su consulta proporcione una información completa e inmediata de los problemas de salud de la persona, tanto activos como inactivos. Los datos son recogidos por un miembro del equipo investigador durante la consulta inicial de historias clínicas.

En el caso de que el apartado "lista de problemas individuales" no se encuentre cumplimentado, se insta al médico de la persona inmovilizada para que realice la valoración y el registro, recogiendo los datos con posterioridad.

3.3.3.3.-Valoración de enfermería.

Durante la visita domiciliaria a la persona inmovilizada, la enfermera realiza la valoración del estado de salud. A continuación, el resultado de esta valoración de cada uno de los once patrones funcionales de salud es registrado por la propia enfermera en la 'hoja de recogida de datos'. Después se continúa con el resto de la encuesta.

3.3.3.4.-Valoración socioambiental.

Los resultados de cada uno de los apartados de la valoración socioambiental, son anotados en la 'hoja de recogida de datos' por la enfermera, la trabajadora social o el médico que ha realizado la valoración.

3.3.3.5.-Valoración de la calidad de vida.

En la 'hoja de recogida de datos' se encuentran registradas las condiciones de aplicabilidad del NHP, y la copia del perfil con las respuestas obtenidas.

3.3.3.6.-Valoración de la probabilidad de presentar trastornos depresivos.

En la 'hoja de recogida de datos' se encuentran registradas las condiciones de aplicabilidad del CBB, y la copia del CBB con las respuestas obtenidas.

3.3.3.7.-Valoración de la frecuencia de la asistencia domiciliaria.

En la historia clínica se encuentra registrada cada visita domiciliaria que cualquier miembro del equipo ha realizado a la persona incluida en el Programa de Atención a Inmovilizados. Además se encuentra registrada la fecha de inclusión en el Programa ⁷⁵. De aquí se obtienen el número de visitas realizadas durante el último año, y el tiempo en trimestres que la persona ha estado incluida en el programa durante el último año.

3.4.-ORGANIZACIÓN Y SEGUIMIENTO.

3.4.1.-FORMACIÓN DE LOS ENCUESTADORES.

Antes de comenzar la recogida de datos, los miembros del equipo de investigación se reunieron con cada una de las personas que iban a colaborar en el estudio y en esta entrevista personal se les explicaban los pormenores del trabajo a realizar, y se instaba a consultar en ese momento o más adelante cualquier duda que pudiese surgir.

3.4.2.-ESTUDIO PILOTO.

En el mes de Mayo de 1994 se realizó un estudio piloto con 10 personas inmovilizadas, en el Equipo de Atención Primaria "C" con el objeto de determinar problemas y dudas que se pudiesen suscitar, después del cual se hizo tan solo una corrección de un error tipográfico en el cuestionario.

3.4.3.-RECOGIDA DE DATOS.

3.4.3.1.-Datos procedentes de la historia clínica.

Esta información ha sido recogida por los miembros del equipo investigador en la revisión de historias clínicas que se realizó al comienzo del estudio.

3.4.3.2.-Datos procedentes de la entrevista domiciliaria.

Los miembros del equipo investigador se reunieron en Junio de 1994 con los coordinadores y posteriormente con los equipos médico-enfermera y trabajadores sociales de los distintos Equipos de Atención Primaria que participaban en el estudio, solicitando su autorización y colaboración en el mismo a la hora de hacer las valoraciones del estado de salud que correspondiesen a cada profesional y la recogida de datos en el domicilio. De esta manera los resultados de las valoraciones del estado de salud de una persona procederían de los mismos profesionales que habitualmente la atendían en el Programa de Atención a Inmovilizados. Estaba previsto que si algún profesional no podía o no deseaba colaborar, su valoración fuese realizada por uno de los miembros del equipo investigador, lo cual ocurrió en un solo caso, afectando pues a un 1.5% de los profesionales que colaboraban y al 3% de las encuestas, que fueron realizadas por un miembro del equipo investigador del mismo centro y estamento que el caso ausente.

La recogida de datos en el domicilio se llevaba a cabo en la siguiente visita domiciliaria que realizase el personal a la persona inmovilizada. Una vez en el domicilio, se

solicitaba el consentimiento de la persona y su familia para participar en el estudio y se procedían a realizar las valoraciones correspondientes y el resto del cuestionario.

3.4.3.3.-Duración de la recogida de datos.

El trabajo de campo en los domicilios se efectuó desde el día 1 de Junio al 31 de Diciembre de 1994.

3.4.4.-SEGUIMIENTO.

Durante el periodo de recogida de datos, el proceso en cada Equipo de Atención Primaria era supervisado por uno o dos miembros del equipo investigador, los cuales a su vez iban trasladando los datos al doctorando que realizaba una segunda supervisión que garantizaba la uniformidad y el cumplimiento del proceso previsto.

3.4.5.-TRATAMIENTO Y MINIMIZACIÓN DE LAS PÉRDIDAS.

En el caso de que alguna de las personas seleccionadas para el estudio no pudiese o no deseara participar en el mismo, se procuraba demorar la entrevista para otro momento y, si las circunstancias persistiesen, se anotaría el evento en el apartado de observaciones de la hoja de recogida de datos y sería considerada como pérdida.

Debido al diseño del estudio y los criterios de selección previstos, no pueden existir pérdidas de otra índole.

3.5.-ESTRATEGIA DE ANÁLISIS.

3.5.1.-PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.

3.5.1.1.-Soporte informático.

Para el procesamiento y análisis de los datos se ha utilizado el programa integrado SPSS, apoyado en el procesador de textos WordPerfect en el que se elaboraron las

instrucciones, se introdujeron los datos y se elaboró la comunicación, y el generador de gráficos Hardware Graphics en el que se elaboraron los gráficos.

3.5.1.2.-Codificación de los datos.

Las hojas de recogida de datos están diseñadas teniendo en cuenta el posterior vaciado de la información, y cada uno de los posibles resultados de las variables se encuentra codificado para tal fin.

3.5.1.3.-Revisión de los datos transcritos.

Después de ser registrados en la base de datos, se hizo una revisión de toda la información de la selección aleatoria de un 10% de los casos, no encontrándose ningún error de transcripción.

3.5.1.4.-Depuración de datos.

Se ha efectuado una depuración de los datos introducidos, estudiando todas las variables, una a una, analizando valores extremos, no habituales, ilógicos o imposibles, detectándose en la variable 'Frecuencia trimestral de visitas' un caso con un valor que se alejaba de la media más de 10 desviaciones típicas, por lo que no fué considerado en el análisis.

3.5.1.5.-Reclasificación de variables.

Para facilitar la comprensión de los resultados, en algún momento del análisis se han agrupado en clases algunas variables cuantitativas, tal y como quedaron expuestas en el apartado '3.3.2.-Variables de estudio.

3.5.2.-ANÁLISIS DE LOS DATOS.

3.5.2.1.-Test estadísticos utilizados: descripción general.

Para la descripción de las variables cuantitativas se han utilizado como medida de centralización la media aritmética y de dispersión la desviación típica muestral (o cuasi desviación típica muestral) de fórmula igual a:

$$\sigma = (\sum (x_i - \bar{x})^2 / (n - 1))^{1/2}$$

Se utiliza esta desviación típica y no la poblacional (divide por n en lugar de n - 1) porque es la que ofrece en sus cálculos el Programa SPSS utilizado en el análisis. De cualquier modo, al ser un número grande de individuos (n = 241), el resultado de ambas es prácticamente el mismo, siendo la relación entre ellas igual a 1,002²⁷⁴.

Para la descripción de variables cualitativas se han utilizado porcentajes.

Para estudiar la asociación de dos variables cualitativas entre sí se ha realizado la comparación de porcentajes, y para medir el grado de la asociación se ha utilizado el coeficiente Φ para tablas de 2x2 y el coeficiente ϑ de Cramer para tablas con mayor número de filas y/o columnas.

Para estudiar la asociación entre una variable cuantitativa y una cualitativa se han utilizado la comparación de las medias y desviaciones típicas de la variable cuantitativa en cada categoría de la variable cualitativa.

Para estudiar la asociación de dos variables cuantitativas entre sí se ha utilizado el modelo de regresión lineal simple y se ha procedido al cálculo de la recta de regresión expresando ésta con el valor de la pendiente y la constante de la ecuación. Para medir la consistencia de la asociación se ha utilizado el coeficiente de correlación lineal de Pearson (r) y de determinación (r²).

Para estudiar la asociación entre la calidad de vida (expresada como variable cuantitativa en el resultado del NHP) y otras variables cualitativas y cuantitativas conjuntamente, se ha utilizado el modelo de regresión lineal múltiple con análisis de la interacción y de los residuos. La estrategia de análisis para valorar las variables que influyen en la calidad de vida consistió en su introducción progresiva en el modelo de regresión, de manera que, en primer lugar, se consideraron solo las que de forma independiente influían en el comportamiento de la variable dependiente (coeficiente de regresión lineal distinto de cero con una probabilidad de error menor del 5%). Las variables cualitativas con más de dos categorías fueron incluidas después de su transformación en variables dicotómicas "ficticias" (dummy), y en las variables cuantitativas en las que en su representación gráfica se ha observado una nube de puntos que sugería una distribución exponencial, se ha procedido a operar exponencialmente primero con la variable independiente y se ha introducido en el modelo así transformada. El modelo multivariante se construyó introduciendo progresivamente cada variable con significación según el valor de su coeficiente de correlación parcial, analizando para cada ecuación con dos o más variables explicativas los posibles fenómenos

de interacción y confusión, así como la evolución del coeficiente de determinación de cada ecuación, para valorar la fuerza de la asociación lineal entre las variables independientes y la dependiente, y conocer, por tanto, qué porcentaje de las variaciones de ésta son explicadas por el modelo de regresión. Para el análisis de regresión se empleó la F de Snédecor, valorando la significación estadística ($p < 0.05$) del modelo global, manteniendo en la ecuación las variables independientes en las que la prueba de la "t" de Student correspondiente a su coeficiente de regresión fuera significativa. El análisis de la distribución normal de los residuos, condición necesaria para poder aplicar el modelo de regresión múltiple, se realizó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la modificación de Lilliefors (al ser el número de casos mayor de 50), concluyendo que los residuos se ajustan a una distribución normal si la divergencia mayor en valor absoluto entre las distribuciones teórica y experimental, expresadas en frecuencias relativas acumuladas, es menor al valor crítico determinado para una $p < 0.05$.

Para conocer cual es la aportación de cada una de las seis dimensiones al resultado global del NHP, se creó un modelo de regresión múltiple (en la misma forma descrita en el anterior párrafo) con el resultado global del NHP como variable dependiente y los resultados de las seis dimensiones como variables independientes, analizando después los coeficientes de regresión estandarizados (Beta), y considerando que a medida que el coeficiente de regresión aumenta, aumenta también la aportación de la variable al modelo.

Para conocer qué variables podían explicar las variaciones en la frecuencia trimestral de visitas domiciliarias, se construyó un modelo de regresión múltiple (en la forma descrita en los párrafos anteriores) con la frecuencia trimestral de visitas como variable dependiente y la edad, el sexo, los ingresos económicos, los problemas de salud más frecuentes, el número de patrones con disfunción, el resultado global del NHP y el resultado del CBB como variables independientes.

Para estudiar la asociación entre la probabilidad de presentar depresión y los resultados de las seis dimensiones del NHP, se ha utilizado el modelo de regresión logística múltiple con análisis de la interacción y de los residuos. La variable dicotómica dependiente la constituye el resultado del CBB en el punto de corte óptimo (0.06) y las variables independientes son los resultados de las seis dimensiones del NHP. La ecuación de regresión logística se construye en varios pasos. En primer lugar se calculan los coeficientes de regresión mediante el método de la función de máxima verosimilitud empleando cálculos diferenciales iterativos hasta que la diferencia con el valor de la función es menor de 0.01. La significación de cada coeficiente de regresión viene determinada por la evaluación del estadístico WALD (coeficiente de regresión logística al cuadrado dividido por el error estándar de dicho coeficiente al cuadrado) para un nivel menor a 0.05. Las variables independientes se incluyen en la ecuación una a una y solamente permanecen aquellas que, al entrar, su correspondiente coeficiente tenga una significación menor a 0.05. La primera variable que se

incluye es la más significativa (aquella con menor probabilidad en el estadístico WALD), siendo incluidas de manera sucesiva las variables restantes sobre la base de la significación de éste estadístico. El análisis de la significación del modelo completo se realizó mediante la evaluación de $-2LL_0$ (menos dos veces el logaritmo neperiano de la razón de verosimilitud) y la evaluación de Z^2 (goodness of fit) ambos para una $p > 0.05$. En las ecuaciones con dos o más variables explicativas se estudiaron los posibles fenómenos de interacción y confusión. La contribución particular de cada variable al modelo se analizó mediante el coeficiente de correlación parcial (R). El análisis de los residuos se realizó de la misma forma que el que se describió para la regresión lineal ²⁷⁴⁻²⁷⁷.

3.5.2.2.-Fuentes de los datos poblacionales.

Para el cálculo de tasas en la población del distrito y en la población captada por los Equipos de Atención Primaria se han utilizado datos provenientes de las siguientes fuentes de información:

-los datos referidos a la población del distrito proceden del anuario estadístico del ayuntamiento del año 1993 ²⁷⁸.

-los datos referidos a la población captada por los Equipos de Atención Primaria proceden de los archivos de los propios Equipos y de la Dirección del Área, excepto los referentes al nivel de escolaridad y el tipo de convivencia, que proceden de los datos de los estudios realizados por la Unidad de Investigación el año 1993 ^{5, 6}.

3.5.3.-ANÁLISIS DE LAS PÉRDIDAS.

3.5.3.1.-Tamaño y causas de las pérdidas.

El número total de pérdidas fué de 26, lo que supone un 9,74% del total previsto. La causa en todas ellas fué la negativa de la persona inmovilizada o su familia a participar en el estudio.

3.5.3.2.-Análisis de las pérdidas.

En los casos perdidos se pudo estudiar, a través de los registros existentes en las historias clínicas, los datos correspondientes a las características socio-demográficas y los

resultados de la valoración médica, y al compararlos con la población realmente estudiada, no se observaron diferencias importantes entre los dos grupos, tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla.

VARIABLE		GRUPO ESTUDIADO (n=241)	GRUPO PERDIDAS (n=26)
Edad:	\bar{x} (años)	84.01	85.19
	σ (años)	7.22	7.04
Sexo:	Masculino	30.7 %	34.6 %
	Femenino	69.3 %	65.4 %
Estado civil:	Soltero	13.5 %	0 %
	Casado	37.2 %	58.8 %
	Viudo	48.4 %	41.2 %
	Separado	0.9 %	0 %
Problemas de salud más frecuentes		HTA	E. Articular
		E. Articular	HTA

Por tanto, se considera que las pérdidas son cuantitativa y cualitativamente aceptables, y que su ausencia no resta exactitud a los resultados obtenidos.

3.6.-RECURSOS HUMANOS, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS.

3.6.1.-RECURSOS HUMANOS.

La planificación y el diseño del proyecto, su ejecución, realización, análisis, interpretación y comunicación han sido labor del doctorando bajo la codirección de los siguientes doctores:

-Susana García Boró. Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Salud Pública. Responsable de la Unidad de Investigación del Área-2 de Atención primaria del INSALUD-Madrid.

-Jose Luis Ayuso Gutiérrez. Doctor en Medicina y Cirugía. Doctor en Psicología. Especialista en Psiquiatría. Profesor de la Universidad Complutense de Madrid.

El doctorando para su labor ha contado con un proceso de formación del que se pueden destacar:

-Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico de Atención Primaria. Certificado de suficiencia investigadora. Programa completo de los cursos de doctorado en el Departamento de Psiquiatría. Cursos de: Estadística, Epidemiología, Metodología de Investigación, Informática Médica, Programa integrado SPSS. Miembro de la Unidad de Investigación del Área-2 de Atención Primaria.

En el diseño del proyecto, ejecución, el proceso de recogida de datos y en su supervisión han colaborado en primer lugar cuatro diplomadas en enfermería, una diplomada en trabajo social, y un médico, que forman la línea de investigación "Estado de salud de la población anciana" de la Unidad de Investigación del Área-2 y que son: Carmen Ferrer Amedo, Cristina Cassinello Espinosa, Elvira Herrero Sancho, Soledad Cortés Ojalvo, Concepción Espejo Martínez, y el propio doctorando. En el proceso de recogida de datos han colaborado también los profesionales sociosanitarios de los Equipos de Atención Primaria en los que se ha realizado el estudio.

3.6.2.-RECURSOS MATERIALES.

Las bases de datos CD-ROM para la búsqueda bibliográfica, y parte del soporte informático utilizado son los propios de la Unidad de Investigación del Área-2. El resto de los recursos materiales proceden del propio doctorando.

3.6.3.-RECURSOS ECONÓMICOS.

Proceden en su totalidad del propio doctorando.

4.- RESULTADOS

4.-RESULTADOS.

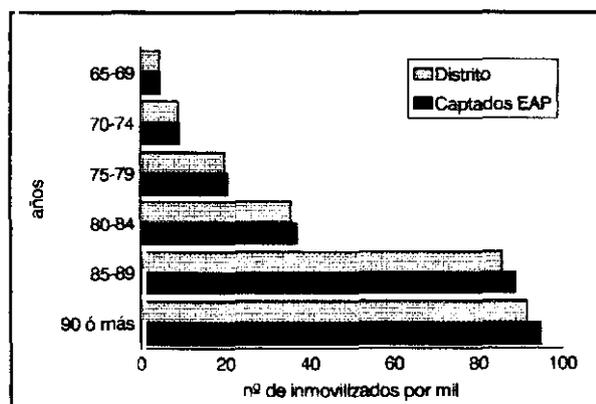
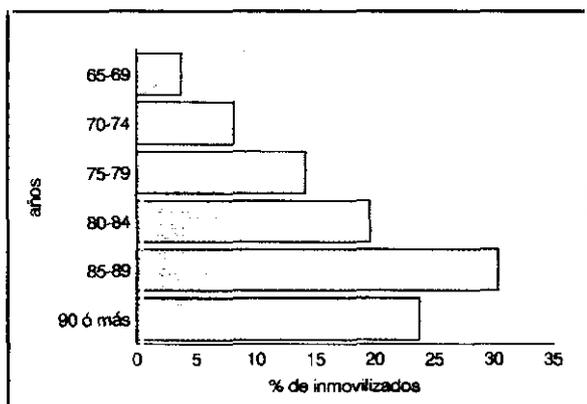
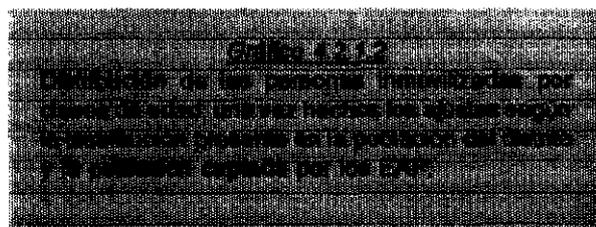
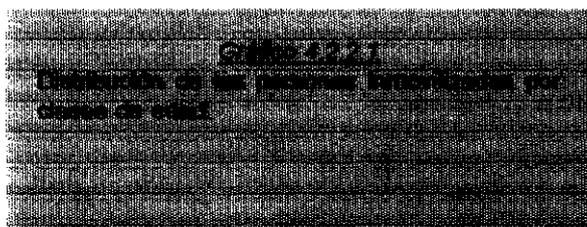
4.1.-TASA DE PERSONAS INMOVILIZADAS.

Tal y como se expuso en el apartado 3.5.3 el número total de personas de edad mayor o igual a 65 años (PEMI65) que se encontraron realmente incluídas en el Programa de atención a personas inmovilizadas fué 267 (de las cuales 241 participaron en el estudio), lo que quiere decir que en este distrito se encuentran 31.4 personas inmovilizadas por cada mil PEMI65 captadas por los Equipos de Atención Primaria (EAP).

4.2.-CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

4.2.1.-EDAD.

La edad media de las personas inmovilizadas del estudio fué de 84 años ($\sigma=7.2$). Ésta edad media es superior a la edad media de la población de PEMI65 del distrito.



Al agrupar a los inmovilizados por clases de edad (Gráfico 4.2.1.1) se observó que a medida que la edad aumenta, aumenta el porcentaje de inmovilizados, siendo máximo en el intervalo '85-89 años' y decreciendo a partir de éste. Para conocer la influencia de la edad en la presencia de inmovilidad, se ajustaron éstos datos a la distribución de la PEMI65 del

distrito según las mismas clases de edad, y se calcularon las tasas de personas inmovilizadas en cada clase de edad (Gráfico 4.2.1.2, en color oscuro), mostrándose un incremento del número de inmovilizados con la edad de apariencia exponencial. Al ajustar los mismos datos a la distribución de la población de PEMI65 captada por los EAP según las mismas clases de edad, se obtuvieron prácticamente los mismo resultados (Gráfico 4.2.1.2, en color claro).

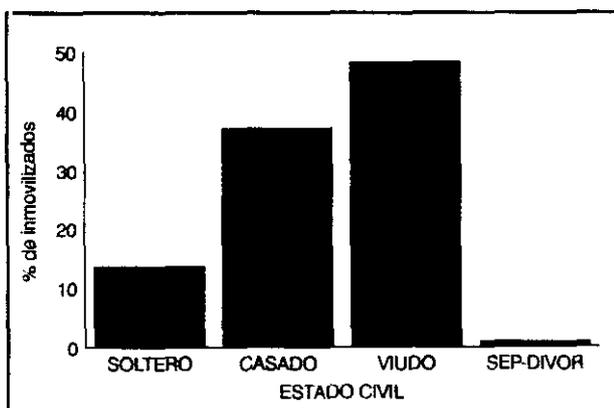
4.2.2.-SEXO.

En la población estudiada se encontraron un 30.7% de hombres y un 69.3% de mujeres. Para conocer si la presencia de inmovilidad es más frecuente en alguno de los dos sexos se ajustaron éstos datos a la distribución de la población de PEMI65 del distrito según el sexo, encontrándose que la tasa de inmovilizados era 22.2 por cada mil hombres y 31.7 por cada mil mujeres. Los resultados obtenidos al ajustar los datos a la distribución de la población de PEMI65 captada por los EAP según el sexo son muy parecidos a los anteriores: 23.0 inmovilizados por cada mil hombres y 29.4 por cada mil mujeres.

Uno de los factores que podían explicar esta diferencia era la edad, observándose que en las mujeres la edad media era 2.8 años superior, y que el aumento de edad se acompaña de un aumento de la tasa de inmovilizados (apartado 4.2.1). Para comprobar si la edad era un factor de confusión, se estratificó a la población por clases de edad y se hallaron las tasas de inmovilidad para hombres y mujeres en cada una de las clases. El resultado fué que en estas condiciones las diferencias entre las tasas de inmovilidad de hombres y mujeres desaparecieron.

4.2.3.-ESTADO CIVIL.

Los viudos fueron la categoría más frecuente (Gráfico 4.2.3.1), seguida de los casados, y los solteros. Los separados-divorciados apenas estaban representados.



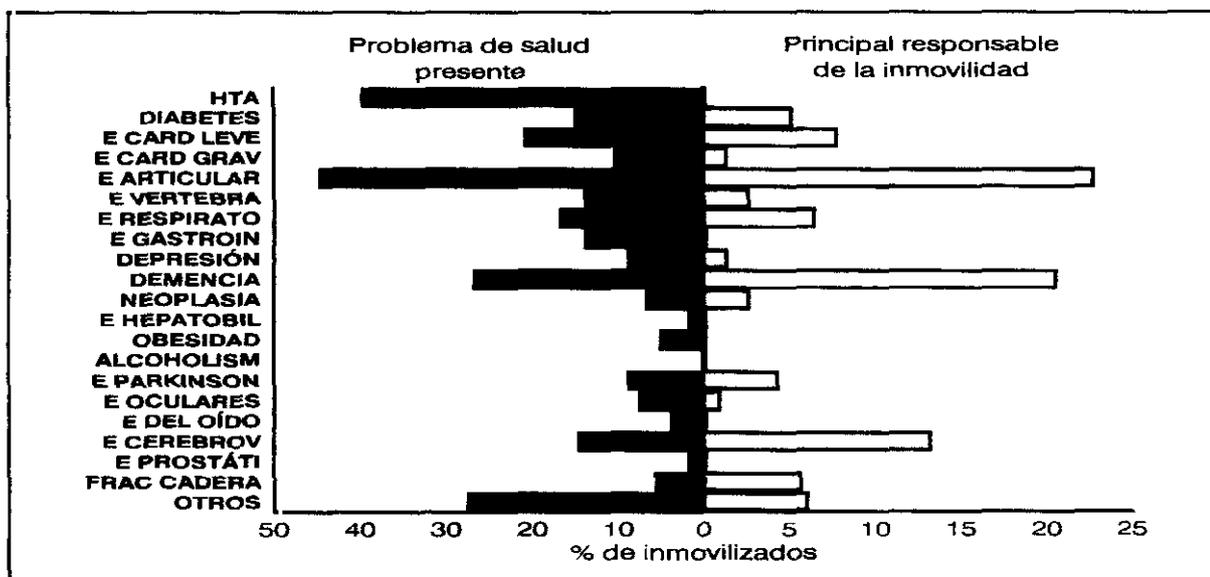
4.3.-PROBLEMAS DE SALUD.

El número medio de problemas de salud fué de 2,92 por cada persona inmovilizada ($\sigma=1,41$), y no se encontraron diferencias entre los números medios de

problemas de salud de ambos sexos..

Los problemas de salud que presentaron más frecuentemente los inmobilizados fueron, por orden de frecuencia, enfermedades articulares, hipertensión arterial (HTA), demencia, enfermedad cardíaca leve-moderada, enfermedad respiratoria y diabetes (Gráfico 4.3.1, en color oscuro). Sin embargo, al estudiar cual de los problemas presentes era el principal responsable de la inmovilidad, se encontró que fueron, por orden de frecuencia,

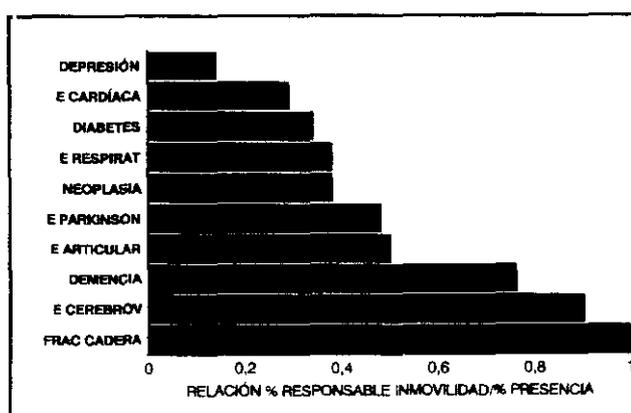
Gráfico 4.3.1
Frecuencia de presencia de los problemas de salud presentes y con que fueron los principales responsables de la inmovilidad



enfermedad articular, demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardíaca leve-moderada, enfermedad respiratoria y fractura de cadera (Gráfico 4.3.1, en color claro). En el grupo de fracturas vertebrales o del miembro inferior, la totalidad de los casos encontrados eran fracturas de cadera, y en el grupo de las enfermedades del SNC los casos encontrados eran de enfermedad de Parkinson, por lo que en ambos casos nos referiremos indistintamente a uno u otro término.

Para conocer el impacto de la

Gráfico 4.3.2
Relación entre la frecuencia con la que fueron los principales responsables de la inmovilidad y la frecuencia de presencia de los problemas de salud



presencia de un problema de salud en la inmovilidad se calculó la relación entre el % en el que el problema de salud era el principal responsable de la inmovilidad y el % en el que el problema de salud estaba presente, alcanzando los mayores valores fractura de cadera, enfermedad cerebrovascular y demencia (Gráfico 4.3.2).

Gráfico 4.4.1
Frecuencia con la que los patrones presentaron disfunción (izquierda) y distribución de las personas inmovilizadas según el número de patrones con disfunción (derecha).

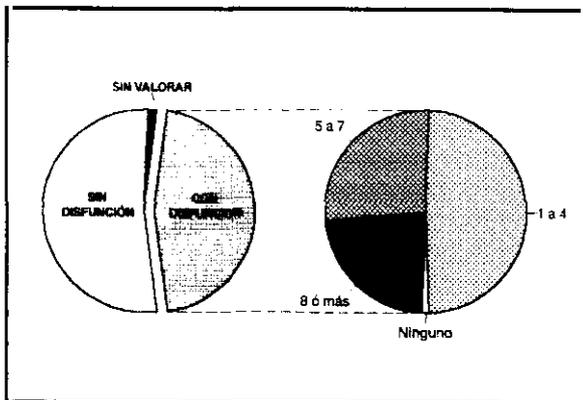
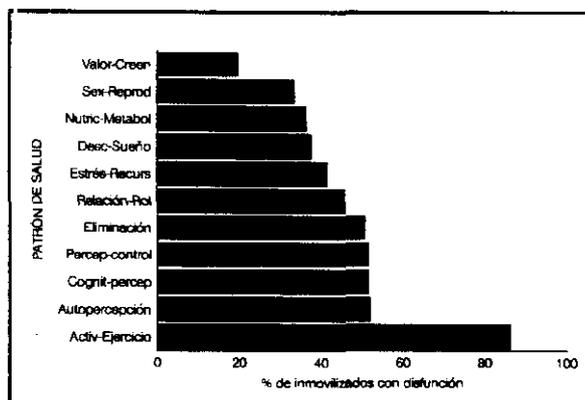


Gráfico 4.4.2
Frecuencias de disfunción para cada uno de los patrones de Gordon en los patrones inmovilizados.



4.4.-PATRONES FUNCIONALES.

Los resultados de la valoración enfermera mostraron que los inmovilizados presentaron de media disfunción en 5.04 de los 11 patrones (45.9 %), mientras que 5.80 (52.8 %) tenían una función adecuada. En solo el 1.3 % de los patrones la valoración fué imposible (Gráfico 4.4.1, izquierda). Del total de inmovilizados, casi la mitad (48.5 %) tenían disfunción en de 1 a 4 patrones, el 26.7 % tenían disfunción en 5 a 7 patrones, el 22.8 % en 8 ó más patrones, y solo el 1% no presentaba disfunción en ningún patron (Gráfico 4.4.1, derecha).

El patrón funcional que presentaba disfunción con más frecuencia es 'Actividad-ejercicio', seguido por orden de frecuencia por los patrones de 'Auto percepción', 'Cognitivo-perceptual', 'Percepción-control de la salud' y 'Eliminación'. El patrón que presentaba disfunción con menos frecuencia es el de 'Sexualidad-reproducción', seguido por orden de frecuencia por los patrones 'Nutricional-metabólico' y 'Descanso-sueño' (Gráfico 4.4.2).

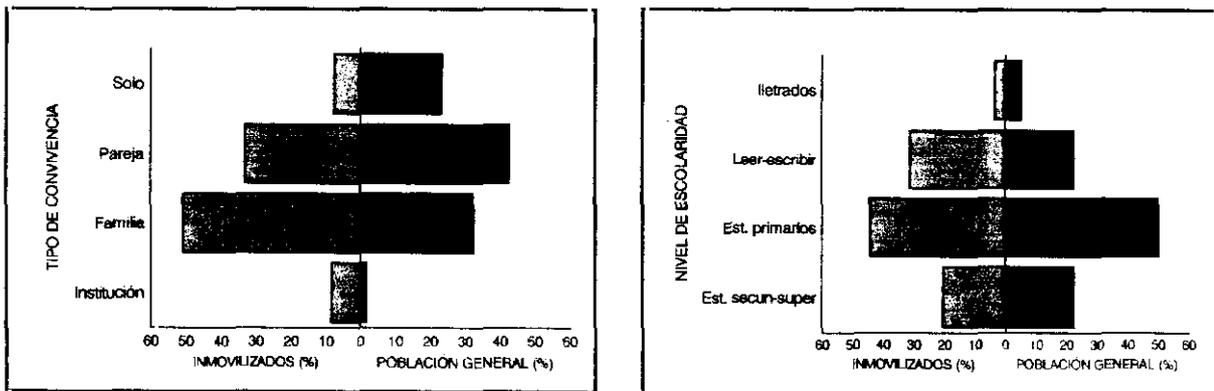
Los patrones que con mayor frecuencia presentaron valoración imposible en los inmovilizados son 'Valores-creencias' (5.7 %) y 'Sexualidad-reproducción' (3.7 %), mientras que en los patrones de 'Eliminación', 'Actividad-ejercicio' y 'Cognitivo-perceptual' la valoración

fué posible en todos los casos.

4.5.-CONDICIONES SOCIOAMBIENTALES.

El tipo de convivencia más frecuente en las personas inmovilizadas fué la familia, seguido por orden de frecuencia por la pareja y la institución, mientras que el 7.6 % vivían solos. En el Grafico 4.5.1 se pueden comparar las frecuencias del encontradas en las personas inmovilizadas (color claro) con las de la población de PEMI65 captada por los EAP del distrito (color oscuro).

Grafico 4.5.1
Distribución de las personas inmovilizadas y de la población general según el tipo de convivencia y el nivel de escolaridad.



La distribución de frecuencias del nivel de escolaridad encontrada en las personas inmovilizadas se muestra en el Gráfico 4.5.2 (color oscuro), comparándola con las frecuencias de la población de PEMI65 captada por los EAP del distrito (color claro).

Las frecuencias encontradas correspondientes al nivel de ingresos económicos y el régimen de la vivienda se exponen en el Gráfico 4.5.3. De las personas que percibían ingresos económicos mensuales menores a 40000 pts., un 20% tenían que abonar una cantidad para el alquiler de la vivienda en la que residían.

El índice de hacinamiento medio fué de 36.9 m²/habitante en las personas inmovilizadas, de las cuales el 42.9 % tenían un índice entre 15 y 30 m²/hab, y el 12.1 % tenían menos de 15 m²/hab.

El número medio de condiciones de equipamiento ausentes de la vivienda de las personas inmovilizadas fué de 0.7. Un 39% tenían ausencia de al menos una condición, y un 8.4 % tenían ausencia de 3 ó más condiciones. Las condiciones que se encontraron ausentes con más frecuencia fueron el ascensor (28.1%), la calefacción (21.7%), las humedades

presentes (8.9%) y la luz solar (5.4%).

Gráfico 4.6.3
Distribución de las personas inmovilizadas según los ingresos económicos y el régimen de la vivienda.

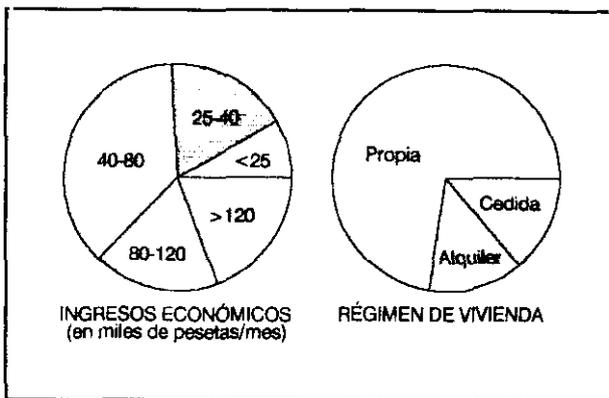
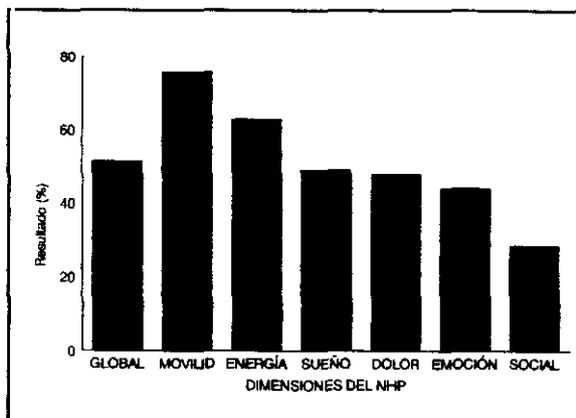


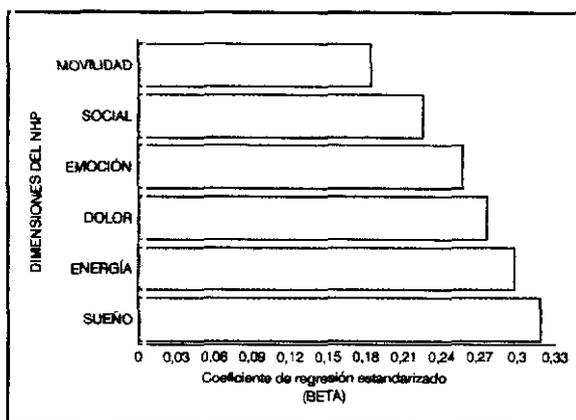
Gráfico 4.7.1
Resultado global y dimensiones del NHP en las personas inmovilizadas.

Gráfico 4.7.2
Influencia de cada una de las dimensiones en la variación del resultado global del NHP en las personas inmovilizadas.



4.6.-PROBABILIDAD DE PRESENTAR TRASTORNOS DEPRESIVOS.

De las personas inmovilizadas, casi la mitad (49.4%) obtuvieron en el Cuestionario de Bumam (CBB) un resultado que superaba el punto de corte óptimo (0.060) para el diagnóstico de depresión probable. Además, el resultado medio del CBB (0.2356) superaba ampliamente este punto de corte.



4.7.-CALIDAD DE VIDA.

4.7.1.-FORMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ENCUESTA.

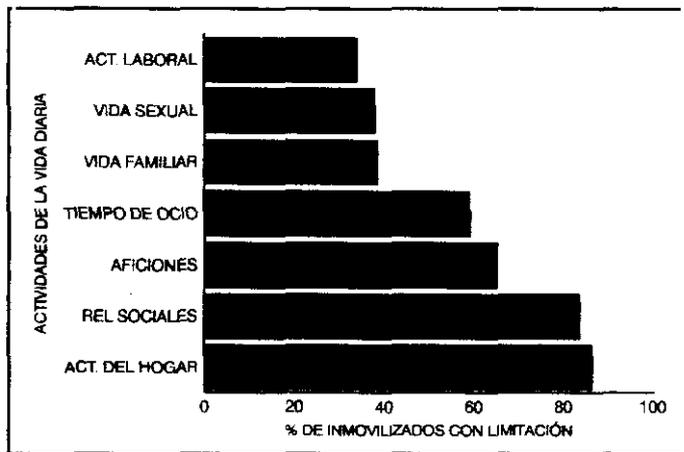
En el 26.3% de las personas inmovilizadas la encuesta fué autoaplicada y el el 46.9% fué heteroaplicada. Un 26.8% no cumplían los requisitos para la aplicabilidad del Perfil de Salud de Nottingham (NHP) por el motivo previsto en el diseño de presentar impedimento

cognitivo. En este grupo la edad media (83.5 años) y la distribución por sexos (72.0% de mujeres y 28.0% de hombres) no presentaban diferencias relevantes con la población total de personas inmovilizadas. Sin embargo, en este grupo los problemas de salud más frecuentes fueron demencia (73.1%), enfermedad cerebrovascular (15.4%) y enfermedad de Parkinson (15.4%). Presentaban, además, disfunción en el 69.2% de los patrones de Gordon.

4.7.2.-RESULTADOS DEL PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM.

El resultado global del NHP en las personas inmovilizadas fué de 51.3% ($\sigma=17.9\%$), y su distribución se ajustaba a una distribución normal con un coeficiente de asimetría igual a -0.24. La dimensión con peores porcentajes fué 'dificultad para la movilidad', seguida por orden de porcentajes por 'disminución de la energía', 'alteraciones del sueño', 'dolor físico', 'problemas emocionales' y 'aislamiento social' (Gráfico 4.7.2.1).

Gráfico 4.7.2.3
Frecuencia de la presencia de limitación en las AVD en las personas inmovilizadas.



Para estudiar cual era la aportación individual de cada una de las dimensiones al resultado global del NHP, se creó un modelo de regresión múltiple con el resultado global como variable dependiente y las seis dimensiones como variables independientes, y se compararon los valores de los coeficientes de regresión estandarizados ('Beta') de las seis dimensiones, encontrándose que las dimensiones 'alteraciones del sueño' y 'disminución de la energía' eran las que tenían un 'Beta' mayor (Gráfico 4.7.2.2).

De las siete actividades de la vida diaria (AVD) estudiadas, las personas inmovilizadas presentaron de media limitación en 3.6, lo que representaba el 51.3 %. La AVD que presentaba limitación con mayor frecuencia era 'actividades del hogar', seguida por orden de frecuencias por 'relaciones sociales', 'aficiones', 'tiempo de ocio', 'vida familiar', 'vida sexual' y 'actividad laboral' (Gráfico 4.7.2.3).

4.7.3.-CALIDAD DE VIDA Y OTRAS VARIABLES.

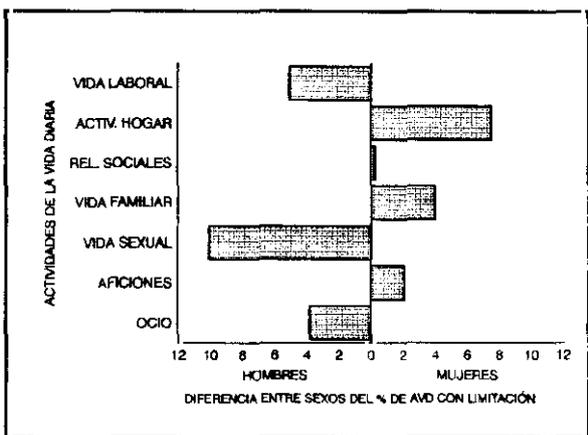
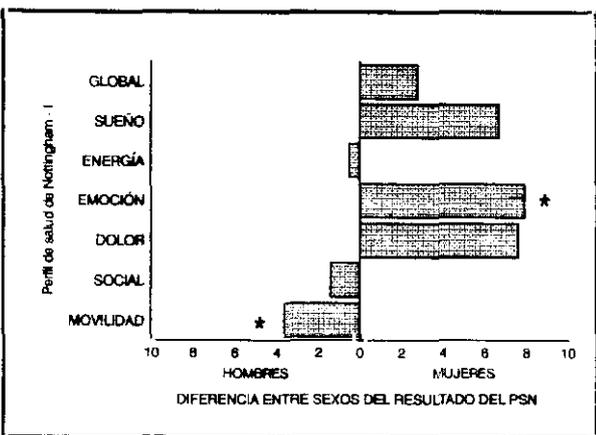
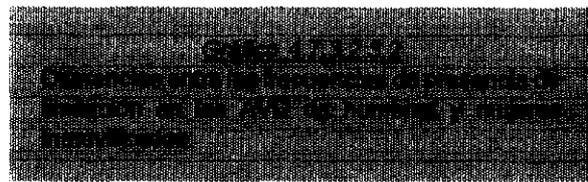
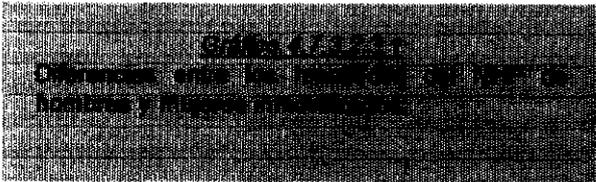
4.7.3.1.-Modelo multivariante de la calidad de vida.

Tabla 4.7.3.1

Modelo de regresión múltiple para explicar la calidad de vida (resultado global del NHP) en función de otras variables (N=153)

Variables independ.	Coefficiente de regresión	Beta	Significación de T	Coefficiente R de Pearson	Coefficiente R ² de determinación	Significación de F
Constante	30.7128	-	p<0.0001			
CBB	48.7634	0.86	p<0.0001	0.63	0.39	p<0.0001
NXP	0.3135	0.52	p<0.0001			
CBB*NXP	-0.4475	-0.56	p=0.0011			

Para estudiar cuales son los factores asociados a la calidad de vida (CV) en las PEMI65 inmovilizadas, se construyó el modelo de regresión múltiple con el resultado global del NHP como variable dependiente y como variables independientes la edad, el sexo, la presencia de enfermedad neurológica, la presencia de enfermedad cardiorespiratoria, la presencia de enfermedad del a. locomotor, el porcentaje de patrones de salud con disfunción, el nivel de ingresos económicos, el porcentaje de AVD con limitación, y la probabilidad de



presentar trastornos depresivos (resultado del CBB). El resultado fué que las variables que explicaban las variaciones en el resultado del NHP eran la probabilidad de presentar

depresión y el porcentaje de actividades de la vida diaria con limitación, siendo mayor la aportación de la primera de ellas (presenta un coeficiente estandarizado "Beta" mayor), y existiendo interacción entre ambas variables de tal modo que el efecto conjunto era menor que la suma de los efectos individuales de cada una de ellas (Tabla 4.7.3.1).

4.7.3.2.-Calidad de vida y características sociodemográficas.

4.7.3.2.1.-Calidad de vida y edad.

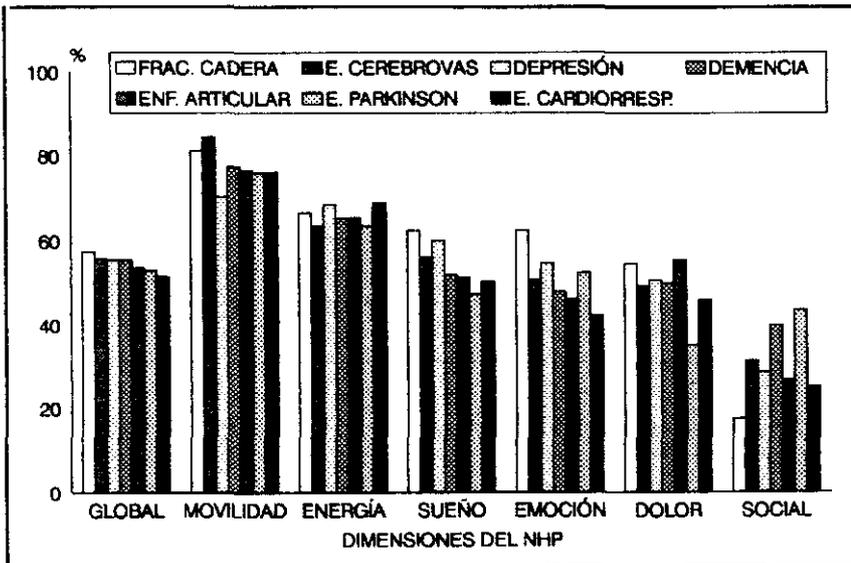
El resultado global del NHP y la edad fueron estudiados en el modelo multivariante (Apartado 4.7.3.1), no encontrándose asociación entre ellos. Tampoco se encontró asociación entre la edad y ninguna de las dimensiones del NHP.

Al estudiar la edad y las actividades de la vida diaria se observó que el número de AVD con limitación aumentaba al aumentar la edad, y en las 7 AVD la edad media de los que presentaban limitación era mayor que la edad media de los que no presentaban limitación.

4.7.3.2.2.-Calidad de vida y sexo.



A pesar de que se encontraron pequeñas diferencias en los resultados globales del NHP entre ambos sexos, el modelo multivariante no encontró asociación entre el sexo de la persona inmovilizada y el resultado global del NHP. De las dimensiones del perfil, las mayores diferencias de porcentajes entre ambos sexos se encontraron en la dimensión 'problemas emocionales' (peor resultado en las mujeres)



y 'disminución de la movilidad' (peor resultado en los hombres), y en el modelo de regresión logística solo mostraban asociación con el sexo estas dos dimensiones (Gráfico 4.7.3.2.3.1, con asteriscos).

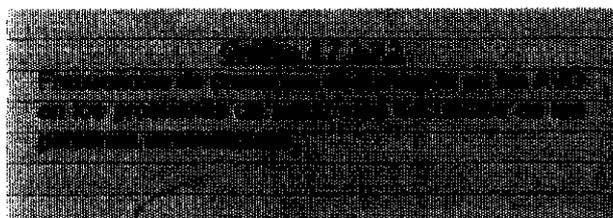
No existieron prácticamente diferencias entre ambos sexos en el porcentaje de AVD con limitación, pero al considerar cada una de las AVD por separado, se observó que las mujeres tenían mayor limitación que los hombres en 'actividades del hogar', 'vida familiar' y 'aficiones', y los hombres tenían mayor limitación en las restantes actividades (Gráfico 4.7.3.2.3.2).

4.7.3.2.3.- Calidad de vida y estado civil.

Entre las personas inmovilizadas en los que se estudio la CV solamente se encontró a una perteneciente al estado civil 'Separado-divorciado', y esta categoría no ha sido considerada en este apartado.

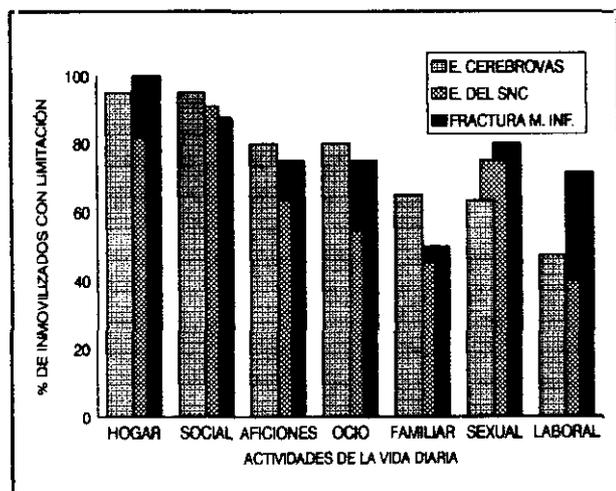
Los inmovilizados que presentaban estado civil 'soltero', tenían los mejores resultados en el NHP 'global' y en todas las dimensiones, excepto en 'dolor físico', en la que eran los segundos. A continuación se encontraba el estado civil 'viudo', con mejores resultados que los 'casados' en el NHP 'global' y en 4 de las 6 dimensiones.

4.7.3.3.-Calidad de vida y problemas de salud.



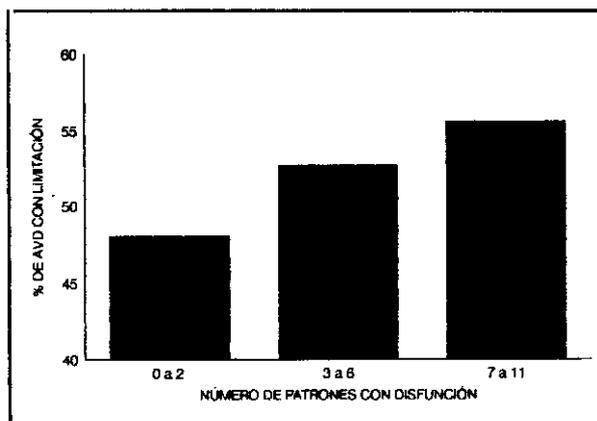
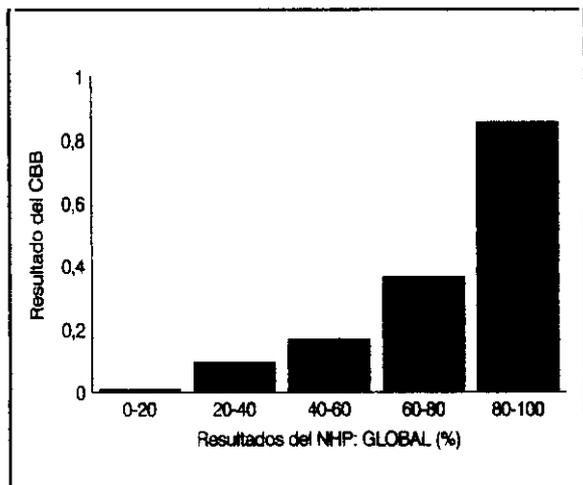
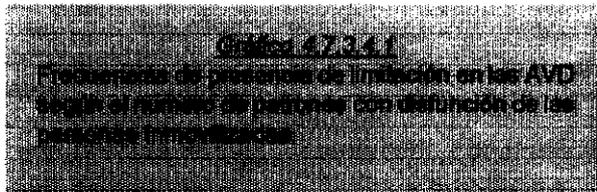
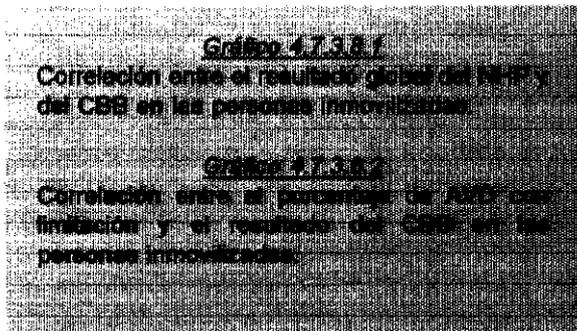
Al estudiar la CV en los problemas de salud más frecuentes en las personas inmovilizadas se observó que la fractura de cadera, la enfermedad cerebrovascular y la depresión eran los problemas de salud que presentaron peor resultado global y en la mayoría de las seis dimensiones del NHP (Gráfico 4.7.3.3.1).

De estos problemas de salud el que producía limitación en un mayor número de las AVD era la enfermedad cerebrovascular, seguido por la fractura de cadera y la enfermedad de Parkinson, siendo el impacto sobre cada actividad particular para cada una de ellas (Gráfico 4.7.3.3.2).

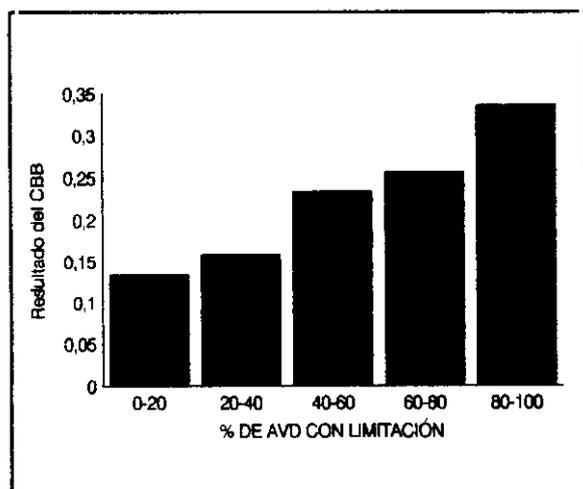


4.7.3.4.-Calidad de vida y patrones funcionales.

El modelo multivariante no ha encontrado asociación entre el número de patrones con disfunción y el resultado global del NHP (Apartado 4.7.3.1). Tampoco se encontró asociación entre el número de patrones con disfunción y ninguna de las dimensiones del perfil. Sí se observó un aumento de las AVD con limitación al aumentar el número de patrones con disfunción (Gráfico 4.7.3.4.1).



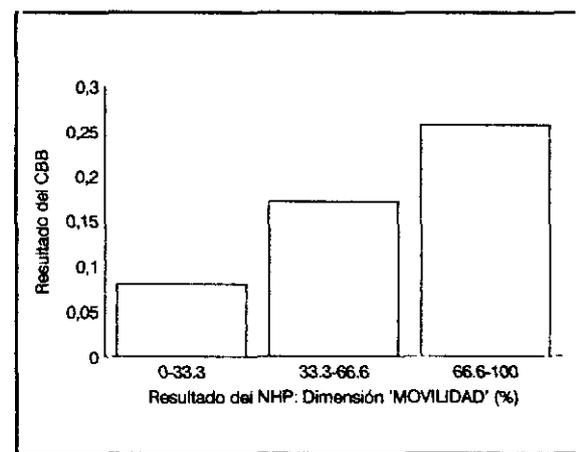
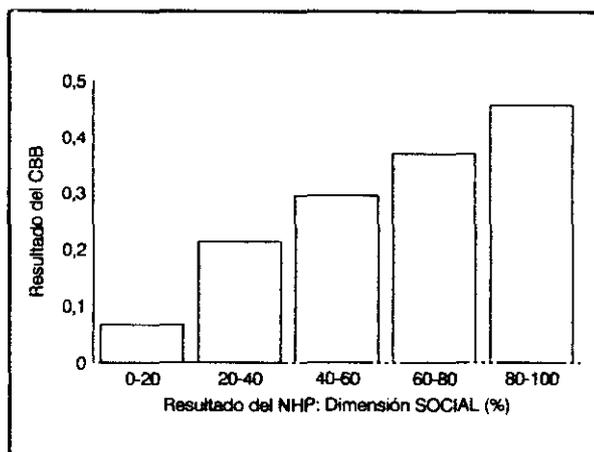
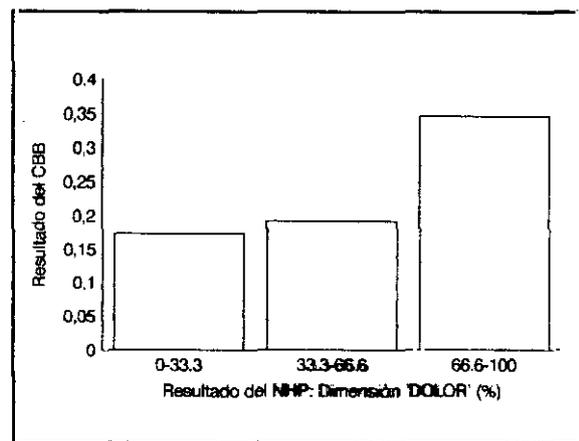
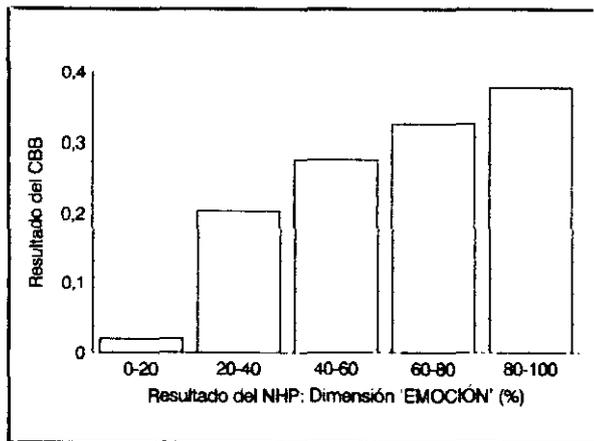
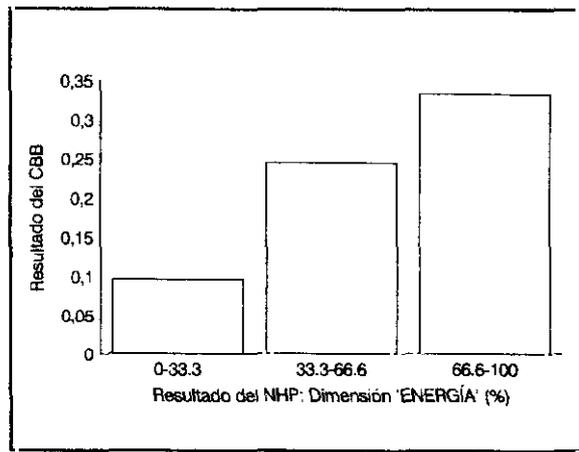
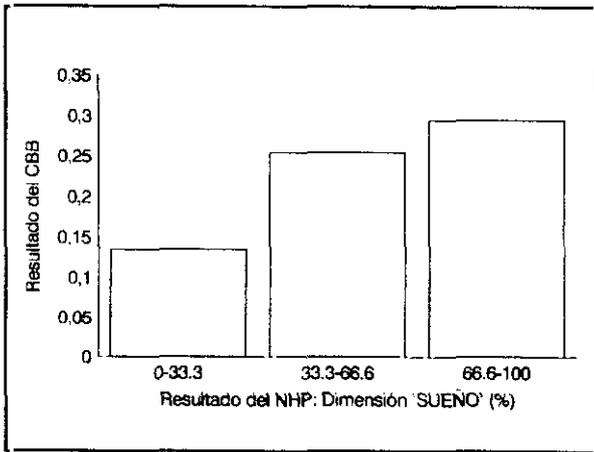
4.7.3.5.-Calidad de vida y condiciones socioambientales.



Los menores ingresos económicos mostraron una débil asociación con peores resultados en el NHP. Sin embargo esta variable, que fué la única de este apartado que se estudió en el modelo multivariante del resultado global del NHP, no fué incluida en el mismo (Apartado 4.7.3.1). Sin embargo, las personas con el nivel de ingresos económicos más bajo (inferior a 25000 pts.) mostraron claramente peores resultados que los demás, tanto en el resultado global como en las seis

Gráfico 4.1.3.3 a 6

Correlación entre los resultados de las seis dimensiones del NHP y del CBB en las personas inmovilizadas.



dimensiones del NHP.

Las personas inmovilizadas que eran propietarias de la vivienda en la que residían, tuvieron resultados levemente mejores en el NHP que las que residían en una vivienda

Gráfico 4.7.3.1
Distribución global del NHP en los principales problemas de salud de las personas inmobilizadas con y sin síntomas depresivos.

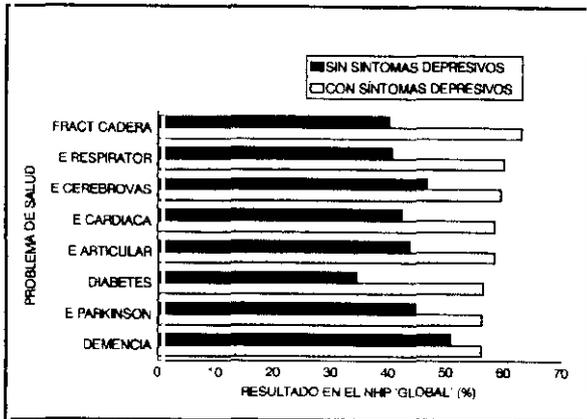
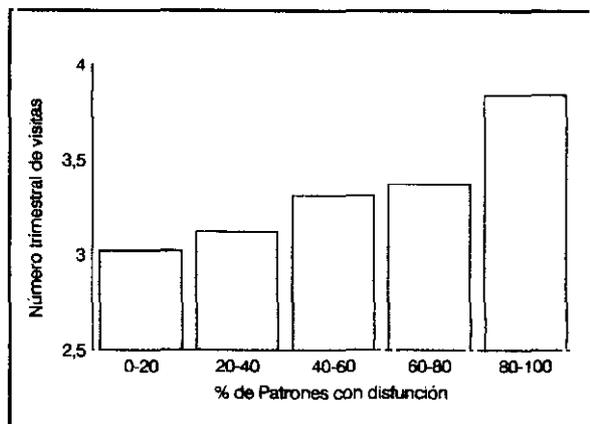
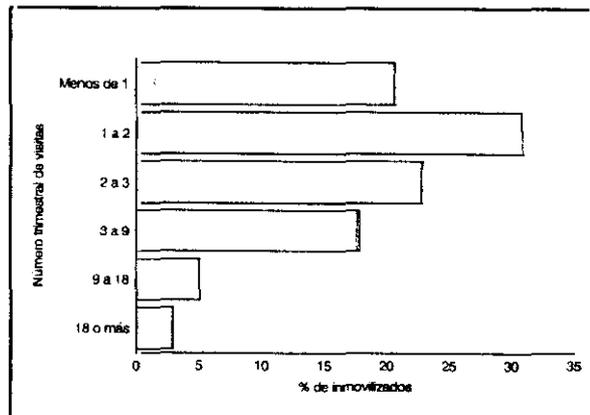


Gráfico 4.7.2
Distribución de las personas inmobilizadas según la frecuencia trimestral de visitas domiciliarias.

Gráfico 4.7.3
Distribución trimestral de visitas domiciliarias según el porcentaje de patrones con distinción de las personas inmobilizadas.



alquilada.

La ausencia en las viviendas de cualquiera de las condiciones de equipamiento se acompañó de peores resultados en el NHP, excepto para el 'agua caliente'. Las diferencias fueron más amplias en la ausencia de 'calefacción', 'lavabo', 'ascensor' y 'ventilación adecuada', así como con la 'presencia de humedades'.

En el resto de las variables socioambientales (tipo de convivencia, nivel de escolaridad, e índice de hacinamiento) no se encontraron resultados que fuesen de interés.

4.7.3.6.-Calidad de vida y probabilidad de presentar trastornos depresivos.

El aumento de la probabilidad de presentar trastornos depresivos se asoció a la disminución de la CV, tal y como se observó en el modelo multivariante (Apartado 4.7.3.1) en el que, además, el resultado del CBB era la variable que tenía más influencia en el resultado global del NHP ya que presentaba el coeficiente de regresión estandarizado 'Beta' mayor. La asociación entre ambas variables se representa en el Gráfico 4.7.3.8.1.

Se ha encontrado asociación entre el aumento del número de AVD con limitación y el aumento de la probabilidad de presentar trastornos depresivos (Gráfico 4.7.3.8.2), lo cual se reflejó en el modelo multivariante mediante el estudio de la interacción y la inclusión de la variable producto de ambas.

Al comparar la probabilidad de presentar trastornos depresivos con cada una de las seis dimensiones de la CV, se encontró que un aumento en el resultado del CBB se acompañaba de un aumento en el resultado de todas las dimensiones del NHP (Gráficos 4.7.3.8.3 a 8).

Para estudiar cual era la aportación individual de cada una de las seis dimensiones del NHP al resultado del CBB, pero considerado éste en el punto de corte óptimo (0.060), se creó un modelo de regresión logística múltiple con el resultado del CBB como variable dicotómica dependiente y los resultados de las seis dimensiones del NHP como variables independientes. El resultado fue que solamente las dimensiones 'problemas emocionales' y 'disminución de la energía' formaron parte del modelo definitivo, y no se encontró interacción entre ellas. El modelo hallado explicaba el 80.4% de los casos, y la dimensión 'problemas emocionales' presentaba un coeficiente de correlación mayor, por lo que era la que tenía una mayor influencia en el resultado de la ecuación (Tabla 4.7.3.8.1).

Tabla 4.7.3.8.1

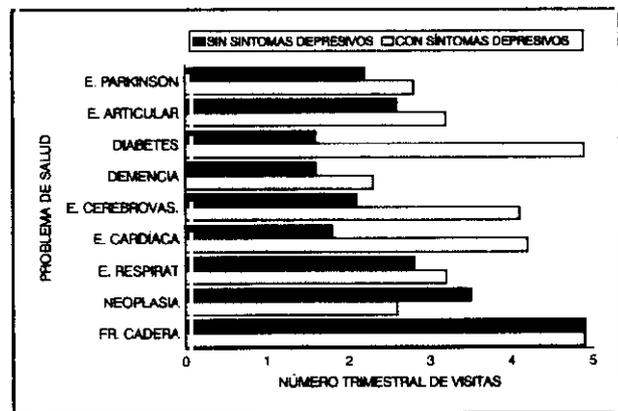
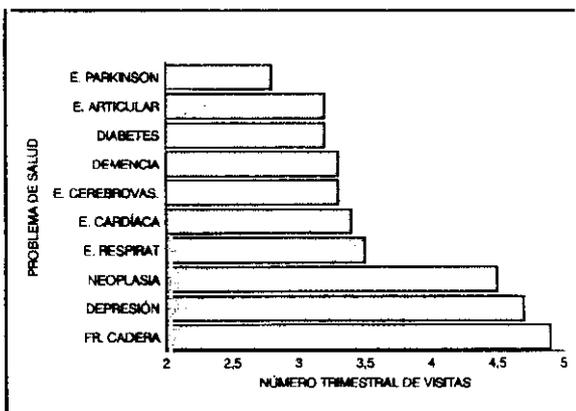
Modelo de regresión logística para explicar la probabilidad de padecer depresión en función de las seis dimensiones de la calidad de vida (N=153).

Variable	Coefficiente de regresión	WALD	p	Coefficiente de correlación
Constante	-2.0698	14.78	0.0001	-----
Emoción	0.0499	26.37	<0.0001	0.35
Energía	0.0128	3.84	0.0497	0.10
-2 Log Likelihood	-----	-----	0.5760	-----

Para determinar qué influencia tenía la presencia de síntomas depresivos en la CV de cada uno de los problemas de salud, se calculó en las personas que los presentaban, el resultado 'global' del NHP separadamente para los que superaban y los que no superaban el punto de corte óptimo del CBB (0.060). El resultado fue que en todos los problemas de salud, la presencia de síntomas depresivos empeoraba ampliamente los resultados del CBB (Gráfico 4.7.3.8.9).

4.8.-FRECUENCIA DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.

El número trimestral medio de visitas que el personal sociosanitario realizó al domicilio de los inmovilizados es de 3.66, siendo su distribución de frecuencias la expuesta en el Gráfico 4.8.1. Este número trimestral de visitas aumentaba al incrementarse el número de patrones que la persona inmovilizada tenía con disfunción (Gráfico 4.8.2). El número trimestral de visitas fué notablemente mayor en los problemas de salud siguientes: fractura de cadera, depresión, y neoplasia (Gráfico 4.8.3). La frecuencia trimestral de visitas fué mucho mayor en las personas que superaban el punto de corte del CBB (4.3 visitas al trimestre) que en las que no lo superaban (2.6 visitas al trimestre), y para todos los problemas de salud, excepto la neoplasia, la frecuencia de las visitas se incrementaba con la presencia de síntomas de depresión (Gráfico 4.8.4). Sin embargo, se construyó un modelo de regresión múltiple con la frecuencia trimestral de visitas como variable dependiente y la edad, el sexo, los ingresos económicos, los problemas de salud más frecuentes, el número de patrones con disfunción, el resultado global del NHP y el resultado del CBB como variables independientes, y en este caso no se encontró que la frecuencia de las visitas pudiera ser explicada por alguna de ellas.



5.-DISCUSIÓN

5.-DISCUSIÓN.

5.1.-TASA DE PERSONAS INMOVILIZADAS.

Según diversos autores, la necesidad total de asistencia domiciliaria se extiende al 12-15 % de las personas de edad mayor o igual a 65 años (PEMI65)^{60, 279}. En otras poblaciones estudiadas se encuentran tasas de 1-15 inmobilizados por cada cien PEMI65^{50, 280-284}, a pesar de lo cual aceptamos que la población de nuestro estudio se encuentra por debajo de los límites de captación deseables. La diferencia se explica principalmente por la reciente incorporación del Programa de atención domiciliaria a inmobilizados a la Cartera de Servicios de los Equipos de Atención Primaria (EAP), proceso que en su inicio se acompaña inevitablemente de bajos niveles de captación. De hecho, los EAP en los que este Programa había sido instaurado con anterioridad, presentaban mayores tasas de captados y, en un nuevo cómputo que realizamos un año después del inicio del estudio, el nivel de captación casi se había duplicado. Además pueden existir otros factores. En un estudio realizado en esta misma Área y que incluye también al distrito que nos ocupa, se concluye que las personas mayores que necesitan cuidados tienden a desplazarse de los distritos urbanos (con residentes con edad media superior) a los periurbanos (edad media inferior), para vivir allí con los familiares más jóvenes que les provean de la necesitada atención. Esto lleva consigo un aumento de la tasa de inmobilizados en los distritos periurbanos y una disminución de la tasa en los distritos urbanos aunque, en números absolutos, las personas inmobilizadas de estos últimos sea muy superior⁶.

5.2.-CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

La población de personas mayores e inmobilizadas de este estudio tenía una edad media (84 años) levemente superior a las que se encuentran en estudios de otras poblaciones de personas inmobilizadas, y que se sitúan en el intervalo 74-83 años^{35, 36, 43, 44, 46, 69, 174, 280-282, 285-288}. En estos estudios se incluyen a personas de cualquier edad, pero se encuentra que el 90-98% son mayores de 65 años, razón por la cual la diferencia entre la edad media de los mismos y la que se encontró en nuestro trabajo es pequeña. De igual forma a la que se observó en nuestro estudio, en otros trabajos se encuentra que la tasa de inmobilizados se incrementa al aumentar la edad, y lo hace de forma más intensa a partir de los ochenta años^{50, 280, 282, 285, 287, 289}, lo que está motivado por la aparición de nuevos problemas de salud y por el deterioro físico que sobreviene a partir de esta edad.

En nuestro trabajo no se encontraron diferencias en las tasas de inmovilidad entre ambos sexos, una vez realizados los ajustes correspondientes a la distribución de la pirámide

poblacional por edad y sexo. En todos los estudios consultados, excepto en dos casos ^{228, 282}, se encuentran porcentajes absolutos de inmovilidad mayores en mujeres que en hombres, porcentajes incluidos en el intervalo 52.9-78.5% de mujeres (21.5-47.1% de hombres) en el total de personas inmovilizadas ^{32, 35, 36, 43, 44, 50, 54, 69, 280, 281, 284-288, 290}. Esta aparente asociación entre sexo e inmovilidad y el enorme rango del intervalo se deben a la carencia en los datos aportados por estos estudios de los necesarios ajustes de tasas según la distribución de esta variable en la población general de procedencia, tal y como se realizó en nuestro estudio. En el estudio consultado en el cual sí se consideró este factor, no se encontraron diferencias entre las tasas de inmovilidad de hombres y mujeres ²⁸². Por este motivo, no consideramos probada la asociación entre sexo e inmovilidad.

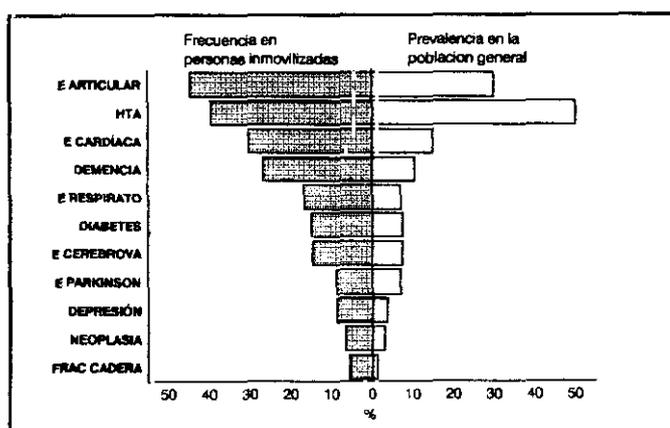
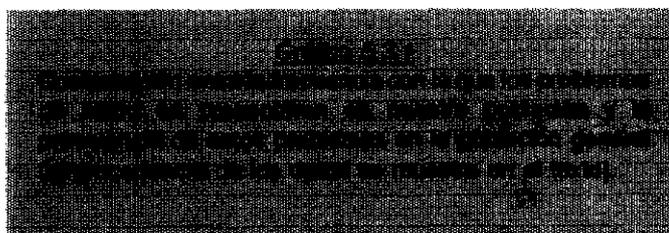
La distribución de frecuencias del estado civil encontrada en nuestra investigación fué similar a la que se encuentra en otros estudios ^{32, 43, 280, 288}, y las pequeñas diferencias encontradas pueden ser explicadas por factores culturales (en los estudios realizados en los U.S.A. es mayor el número de personas separadas-divorciadas y esta diferencia se corresponde con la diferencia que es consecuencia del menor número de personas casadas).

Por lo tanto, las diferencias que se encuentran al comparar las características sociodemográficas que se hallaron en nuestro trabajo con las que aparecen en otros estudios son de poca relevancia lo que hace que los resultados de otras variables estudiadas puedan también ser comparados a pesar de pertenecer a poblaciones distintas.

5.3.-PROBLEMAS DE SALUD.

El hallazgo de pluripatología en las PEMI65 es sobradamente conocido, y en otros estudios de personas inmovilizadas se han obtenido cifras que se sitúan en el intervalo 2.1-4.9 problemas de salud por cada persona inmovilizada ^{38, 44, 46, 280, 281, 285, 287-289}, y solamente en uno de ellos se encuentra que el número de problemas de salud es mayor en los hombres ²⁸⁵.

En el Gráfico 5.3.1 se muestra la comparación de los resultados obtenidos en la frecuencia con la que los problemas de salud se encontraron presentes en las PEMI65 de nuestro trabajo (izquierda) con los resultados



que se encuentran en los estudios epidemiológicos en la población general de PEMI65 (derecha).

La distribución de frecuencias de estos problemas de salud en otras poblaciones de inmobilizados es muy similar a la encontrada en nuestro estudio (Tabla 5.3.1). Esta semejanza entre las distribuciones de frecuencias de los problemas de salud de las distintas poblaciones de personas inmobilizadas es un aspecto que se debe remarcar, ya que se encuentra a pesar de que estas poblaciones pertenecen a programas de salud de niveles asistenciales distintos (programas de atención domiciliaria de los EAP por una parte, unidades de hospitalización a domicilio por otra) ^{44, 46, 59} y además de que, dentro de cada nivel, cada programa a su vez ha sido elaborado con sus propios objetivos y criterios de inclusión. Esto quiere decir que, independientemente de la perspectiva asistencial que se tome, los problemas de salud que presentan mayor relevancia, cuantitativamente considerados, son los mismos.

Tabla 5.3.1
Frecuencias de los problemas de salud de las distintas poblaciones inmobilizadas y en otros estudios de personas inmobilizadas.

	HTA	E ARTICULAR	E CEREBROVAS	DEMENCIA	DEPRESIÓN	DIABETES	E PARKINSON	NEOPLASIA	FRAC CADERA	E CARDÍACA	E RESPIRATOR
NUESTRO ESTUDIO	39,6	44,6	14,6	26,7	8,8	15	8,8	6,7	5,6	30,4	16,7
GONZÁLEZ J	27		27	25,8	11,7	20	12,9	11,7	10,6	30,1	25,8
CABALLERO J			24,6	31,2	18,2	12,9		11,7		27,2	25,9
BUITRAGO F							5,7	8,9			
SALGADO A			26	9					8,5	16	14
SEDLES A	30	17	19	20		19	11	4		19	18
BILBAO I		8,6		8,8		8,3	9,1	1,8	1,8	22,7	6,8
SEGURA JM		35								16	
OLIVA JM	51,5		18,1			15,1					
HERNANDO J	27,9	32,3	13,2	16,1		13,3	11,7		11,7	14,7	16,1
GONZÁLEZ JI	27		27	25		20				30	25
SERRA JA	24,5	7	17,5	35,6	4,1	18,7	8,2	11,7	5,3	15,7	17,5
TORRA JE			29	21		8,3		8		4,2	8,3

La enfermedad articular, que fué el problema de salud más frecuentemente hallado (44,6%), apareció con una frecuencia superior a la prevalencia correspondiente a la población de procedencia (25-35 por cada cien PEMI65) ^{291, 292}. Ya esta considerado el problema de salud que con mayor frecuencia se presenta en las personas inmobilizadas ²⁹³, y en otros

estudios se presenta con unos porcentajes cuya media es igual a 20 y que se encuentran incluidos en el intervalo 7-35.3% ^{44, 50, 280, 281, 288}, cifras que en algunos de los casos se sitúan por debajo de la prevalencia estimada ^{44, 281, 288}, lo que hace pensar que la enfermedad articular es probablemente un problema de salud al cual se le otorga menor relevancia de la que realmente tiene. En nuestra investigación también fué el problema de salud que con mayor frecuencia fué el principal responsable de la inmovilidad (22.7%), aunque la relación entre esta frecuencia y la correspondiente a la presencia de la enfermedad era superior en otros problemas de salud (Gráfico 4.3.2). En otros estudios se encuentra como principal responsable de la inmovilidad en el 3-8.5% ^{32, 44, 287}.

El problema de salud que se halló segundo en frecuencia fué la hipertensión arterial (HTA), siendo ésta 39.6%, frecuencia probablemente inferior a la prevalencia de la población general de PEMI65 (35-65%) ²⁹⁴⁻²⁹⁶, y superior a la de la población de PEMI65 captada por los EAP del distrito (27%). En otras poblaciones de personas inmovilizadas se encuentra presente con unas frecuencias cuya media es 31.3% (intervalo 24.5-51.5%) ^{44, 279-281, 285, 287}, y de igual forma que en nuestro estudio, no aparece nunca como principal responsable de la inmovilidad. Por lo tanto, la hipertensión arterial, se deja de detectar con frecuencia en las PEMI65, su presencia en las personas inmovilizadas es probablemente mucho más frecuente que lo hallado hasta el momento, y la explicación a ello puede ser que, al carácter asintomático de este problema de salud se suma por un lado su ausencia de impacto en la inmovilidad y por otro la presencia concomitante de otros problemas de salud que presentan mayor relevancia en la persona inmovilizada y sobre los cuales se centran los objetivos asistenciales.

La frecuencia de aparición de demencia en la población de nuestra investigación fué de 26.7%, y en tres de cada cuatro de los que presentaban este problema de salud fué además el principal responsable de la inmovilidad. En la población general de PEMI65 los datos sobre la prevalencia de demencia oscilan entre 5.7-15.4 por cada cien PEMI65 ²⁹⁷, por lo que el incremento sobre esa cifra obtenido en nuestro estudio osciló entre el 11.3% y el 21%. En un estudio realizado por nosotros en el año 1993 en la población de PEMI65 usuaria de los centros de un distrito adyacente al que ahora nos ocupa se encuentra deterioro cognitivo en el 16.2% mediante el Mini Mental State Examination de Folstein ⁵. En otros estudios de personas inmovilizadas también se encuentra presente con elevada frecuencia (la media es 21.6%, y el intervalo es 25.8-35.6%) ^{36, 38, 44, 280, 281, 283, 285, 287, 288}, y también es frecuentemente el principal responsable de la inmovilidad (12.2%) ³².

La frecuencia con la que la enfermedad cerebrovascular se encontró presente en las personas inmovilizadas de nuestro estudio (14.6%), fué superior a las tasas de prevalencia de enfermedad cerebrovascular en la población general (6-9 por cada cien PEMI65) ²⁹⁸⁻³⁰⁰. En el 13.2% fué la principal responsable de la inmovilidad, lo que supone una relación de frecuencias de 0.9 (en 9 de cada 10 que presentaron el problema de salud, fué el principal responsable de la inmovilidad). En otros estudios de personas inmovilizadas se encuentra una

media de las frecuencias de presencia igual a 21.6% (intervalo 13.2-33%)^{35, 36, 38, 44, 279-281, 283, 285-287}, mientras que en el 12.2% es la principal responsable de la inmovilidad^{32, 301}.

La fractura de cadera es ya considerada como uno de los problemas de salud que se asocian con mayor grado de inmovilidad^{289, 293}. En nuestro estudio se presentó con una frecuencia (5.6%) similar a la que se encuentra en otras poblaciones de inmobilizados, que presentan porcentajes cuya media es 7.5% (intervalo 1.8-11.7)^{34, 44, 54, 280, 281, 288, 289}, porcentajes muy superiores a los de la prevalencia que se encuentra en la población general (1-1.5 casos por cada cien PEMI65)³⁰². Siempre que se presentó la fractura de cadera, fué el principal responsable de la inmovilidad (5.6%), porcentaje muy similar al se encuentra también en otra población de personas inmobilizadas (4.8%)²⁸⁷.

La enfermedad cardíaca se presentó en nuestro estudio con mayor frecuencia (30,4%) que la prevalencia en la población general (15.6-23.9 por cada cien PEMI65)³⁰⁰. En otras poblaciones de personas inmobilizadas la media de las frecuencias con las que se presenta es 20.1% (intervalo 14.7-31)^{36, 38, 44, 50, 280, 281, 283, 285, 287, 288, 303, 304}. Fúe el principal responsable de la inmovilidad en el 9% de las personas inmobilizadas de nuestra investigación (una de cada tres a cuatro de las que presentaban enfermedad cardíaca).

La enfermedad respiratoria se encontró en un 16% de las personas inmobilizadas de nuestro estudio (en la población general de PEMI65 la prevalencia es del 5-10%)³⁰⁵. La media de frecuencias que se encuentran en otras poblaciones de personas inmobilizadas es 17.1% (intervalo 6.8-25.8)^{36, 38, 44, 280, 281, 283, 285, 287, 288, 303}. En una de cada tres personas de nuestro estudio que presentaron el problema de salud, fué también el principal responsable de la inmovilidad (6.4%). En otra población de personas inmobilizadas se encuentra que las enfermedades cardíacas y respiratorias en conjunto, son el 14.8% las principales responsables de la inmovilidad²⁸⁷. Si sumamos las frecuencias con las que estos dos problemas de salud lo fueron en nuestro estudio, el resultado es 15.4%.

La diabetes mellitus tiene una prevalencia en la población general de 5.6-9.3 casos por cada cien PEMI65³⁰⁶. En la población del distrito captada por los EAP se encuentra diabetes en el 6.3% de las PEMI65. La frecuencia con la que se presentó en nuestro estudio fué mucho mayor (15%), de forma parecida a la que se encuentra en otras poblaciones de personas inmobilizadas (la media de porcentajes es 15%, y el intervalo 8.8-20)^{38, 44, 279-281, 283, 285, 287, 288}, y fué la principal responsable de la inmovilidad en una de cada tres personas que la presentaron (5.1% del total de personas inmobilizadas).

La enfermedad de Parkinson se presentó en nuestro estudio en el 8.8% de las personas inmobilizadas, y en el 4.8% (una de cada dos que presentaron el problema de salud) fué el principal responsable de la inmovilidad. En otras poblaciones de personas inmobilizadas se encuentra presente con una frecuencia similar (la media de los porcentajes es 9.8%, y el intervalo 5.7-12.9%)^{44, 54, 280, 281, 287, 288}. La prevalencia en la población general es menor (1.4-6 casos por cada cien PEMI65)³⁰⁷⁻³¹¹. En otra población de personas inmobilizadas se encuentra que en el 3% es el principal responsable de la inmovilidad.

La prevalencia de la neoplasia maligna en la población general es de 4.8 casos por cada cien PEMI65³¹². En nuestro estudio presentaron neoplasia el 6.7%, y en el 2.6% (uno de cada tres que lo presentaron) fué el principal responsable de la inmovilidad. En otras poblaciones de personas inmovilizadas se encuentra presente con una frecuencia similar (media 8%, intervalo 1.8-11.7%)^{38, 44, 54, 280, 281, 287, 288}, y en un estudio se encuentra como principal responsable de la inmovilidad en el 9.5%²⁸⁷.

A pesar de que escasa relevancia que otros estudios de personas inmovilizadas confieren a las enfermedades oculares y auditivas, como consecuencia de la escasa prevalencia detectada, se incluyó su estudio individual en el diseño del estudio al conocerse que en las PEMI65 de la población general la prevalencia es importante y la aparición de estos trastornos se asocia a un empeoramiento de la calidad de vida (CV) y aparición de depresión³¹³. Sin embargo, tanto la prevalencia detectada para estos trastornos en nuestro estudio como la frecuencia con los que fueron los principales responsables de la inmovilidad fueron también muy pequeños, lo cual hace pensar que, de igual modo que se describió para la HTA, permanecen sin detectar muchos casos al concurrir en la persona otros problemas con un aparente mayor impacto en el estado de salud.

Otros problemas de salud que no presentaron relevancia en nuestro estudio fueron el alcoholismo y la obesidad, aunque en otro estudio se mostraron predictores de la inmovilidad³¹⁴. También se puede resaltar la baja proporción de problemas de columna vertebral encontrados, dada su elevada frecuencia en las personas mayores y su impacto sobre la movilidad³¹⁵, pero nuestras observaciones coinciden con las de los otros estudios en personas inmovilizadas.

En nuestro estudio encontramos que la depresión había sido diagnosticada en el 8.8% de las personas inmovilizadas, y fué considerada el problema de salud principal responsable de la inmovilidad en tan solo el 1.7%. En otras poblaciones de personas inmovilizadas se encuentra presente con una frecuencia similar (la media de los porcentajes es 11.3%, y el intervalo 4.1-18.2%)^{38, 44, 287}. En la población general la prevalencia de depresión encontrada en la mayor parte de los estudios es de 1-17,2 casos por cada cien PEMI65³¹⁶⁻³²⁵, pero en algunos la prevalencia encontrada se eleva más y llega incluso a superar el 50%^{326, 327}. Las grandes diferencias que se encuentran entre los resultados de estos estudios no se deben solamente a su pertenencia a poblaciones distintas, sino que están provocadas por la distinta amplitud que se le confiere al término depresión, por la extensión o no de un diagnóstico primario de depresión a otros secundarios, o de sintomatología depresiva acompañante (ánimo disforico, pérdida de la energía, trastornos del sueño y del apetito), que puedan o no considerarse en los distintos instrumentos diagnósticos utilizados³¹⁷.

Si utilizamos los resultados obtenidos con el Cuestionario de Bumam (CBB) en nuestra población (el 49.4% de las personas inmovilizadas superaban el punto de corte óptimo: 0.060) y considerando que para este punto de corte el valor predictivo positivo del cuestionario en el ámbito de la atención primaria es igual al 37%, la frecuencia con la que los

trastornos depresivos se encontraban presentes en las personas inmovilizadas cumpliendo los criterios del DSM-III era del 18.3%, cifra que es mayor al doble de los casos realmente detectados por los médicos de los EAP. Además de la infravaloración de las cifras actuales de prevalencia de los trastornos depresivos, en los próximos años nos encontraremos con otro fenómeno de gran importancia. No solo aumenta la prevalencia de depresión de una misma generación al aumentar su edad, sino que se sabe que la prevalencia de la depresión se encuentra además en un proceso de incremento paulatino, de tal modo que las generaciones venideras de PEMI65 presentarán prevalencias mayores que las actuales. En este sentido presentan gran importancia las generaciones de personas nacidas después de 1935, ya que en los nacidos a partir de esta fecha aparece un despegue de las cifras de prevalencia de depresión. Nótese que este gran aumento de prevalencia tendrá su impacto en las PEMI65 a partir del año 2000, que será cuando las primeras personas de estas generaciones cumplan esta edad ³²⁸.

Por lo tanto, los problemas de salud que mayor frecuencia absoluta presentaron las personas inmovilizadas fueron la enfermedad articular, la HTA, la enfermedad cardíaca y la demencia; además el 82.9% de las personas inmovilizadas presentaron al menos uno de estos problemas de salud.

Todos los problemas de salud considerados, con la excepción de la HTA, se encontraron presentes con más frecuencia en nuestra población de personas inmovilizadas de lo que se encuentran en la población general de PEMI65. En este sentido, la fractura de cadera fué, con gran diferencia, el problema que se presentó con una mayor frecuencia relativa a la prevalencia que presenta en la población general.

La fractura de cadera, la enfermedad cerebrovascular, y la demencia fueron los problemas de salud cuya presencia se acompañó con mayor frecuencia de inmovilidad, aunque las dos primeras, en el conjunto de la población inmovilizada, **presentaban** menores frecuencias de aparición que otros problemas de salud.

De todo esto se deduce que considerando solamente la perspectiva del estado de salud que se derivó del diagnóstico médico, la demencia sería el problema de salud que tanto por su elevada frecuencia de presentación, como por su gran impacto sobre la inmovilidad se convertiría en el de mayor relevancia en la asistencia domiciliaria a personas inmovilizadas. En un segundo escalón se podrían clasificar, considerando esta perspectiva, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad articular y la fractura de cadera, y en un tercer escalón, la enfermedad cardíaca, la enfermedad respiratoria, la enfermedad de Parkinson, la diabetes mellitus, y las neoplasias malignas. Siempre según esta perspectiva (se excluyen los resultados obtenidos con el CBB), la depresión es un problema de salud que por su frecuencia de presentación y por su impacto sobre la inmovilidad podría ser considerado por el médico equivocadamente de segundo orden.

5.4.-PATRONES FUNCIONALES.

No hemos encontrado estudios publicados que aportasen datos de cual es el resultado obtenido al aplicar el sistema de valoración de enfermería por patrones funcionales de Gordon a la población general. Hemos podido encontrar tres estudios que emplearon este sistema de valoración en personas inmovilizadas^{279, 281, 329}, que no muestran los resultados obtenidos en todos los patrones funcionales, pero los que ofrecen nos sirven de referencia para poder comparar los resultados que obtuvimos en nuestra población con otras poblaciones de personas inmovilizadas (Gráfico 5.4.1).

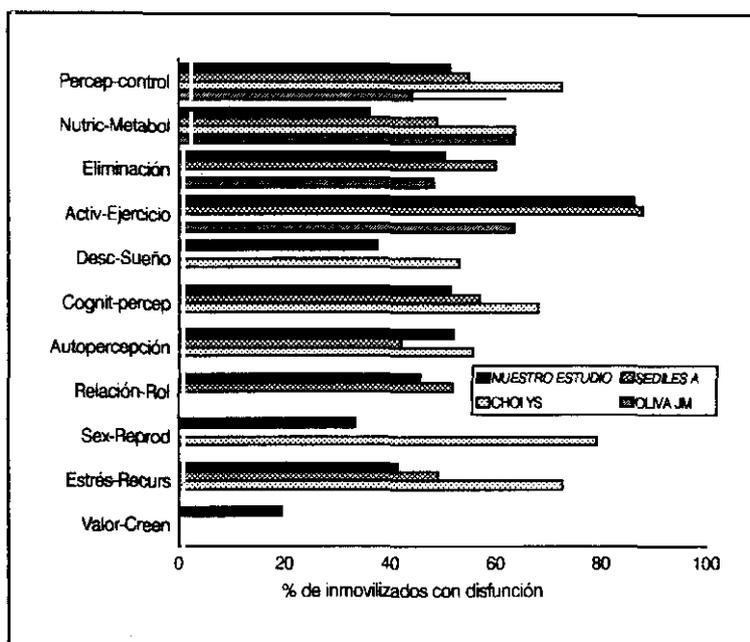
En estos estudios, se encuentra que la media de patrones con disfunción (63%, 59.4% y 66.4%) es superior a la encontrada en el nuestro (45.9%), lo cual podría deberse a que en los otros estudios no se han considerado algunos patrones que son los que en nuestro estudio obtuvieron menores porcentajes de disfunción y que, como es obvio, descienden el porcentaje global de disfunción encontrado. Sin embargo, al calcular el porcentaje de patrones con disfunción que se obtuvo en nuestra población de personas inmovilizadas considerando

solamente los patrones que también se encuentran valorados en otros estudios, también se encontró que el porcentaje con disfunción era menor (51.7%).

Sin embargo, nótese que la practica totalidad de las personas inmovilizadas presentaba disfunción en alguno de los patrones estudiados, y que cerca de una cuarta parte presentaban disfunción en ocho o más patrones, lo que significaría un gravísimo deterioro funcional.

Al analizar cada patrón por separado, lo primero que se puede resaltar de estos estudios y del nuestro es que el patrón de actividad-ejercicio es el que presenta disfunción con mayor frecuencia (la media de las frecuencias es 79.5%) y con diferencia sobre los demás patrones. Con la excepción del patrón de valores y creencias (del que solamente

Gráfico 5.4.1
Comparación entre la frecuencia con la que los patrones de Gordon presentaron disfunción en nuestro estudio y en otros estudios de personas inmovilizadas^{279, 281, 329}



disponemos del porcentaje de disfunción que se obtuvo en nuestro estudio: 19.5%), en el resto de los patrones funcionales se encuentra, de media, disfunción en alrededor de la mitad de las personas inmovilizadas. Sin embargo, en algunos de los patrones funcionales (sexualidad-reproducción, estrés-recursos) se encuentran diferencias importantes entre los distintos estudios.

Las diferencias encontradas podrían tratar de explicarse por la disparidad entre las poblaciones de personas inmovilizadas (las cuales, sin embargo, como pudo observarse en el apartado anterior presentaban importantes coincidencias en el resultado de la valoración médica), o por la distinta provisión de cuidados de enfermería (pero las diferencias entre las frecuencias de visitas no eran relevantes, y, al contrario de lo que cabría esperar en este caso, los estudios con mejores resultados en el estado funcional pertenecen a programas que llevan menos tiempo en funcionamiento), o por una falta de homogeneidad en la aplicación del mismo por las enfermeras. Estos estudios son aún pocos y son necesarios otros que utilicen este sistema de valoración para determinar cuales son los factores causantes de esta variabilidad.

5.5.-CONDICIONES SOCIOAMBIENTALES.

El tipo de convivencia de las personas inmovilizadas de nuestro estudio mostró una distribución diferente a la población general de personas de edad mayor o igual a 65 años (PEMI65), que consistió en una menor proporción de personas que vivían solas y en pareja, y una mayor proporción de las que vivían en instituciones y con la familia (Gráfico 4.5.1). Esta diferencia puede ser explicada por la dependencia que se produce en la persona inmovilizada, y la falta de cuidados de la que se acompaña el vivir solo o en pareja (pareja que con seguridad es otra persona también añosa y, por tanto, con capacidad limitada para atender las necesidades de su compañero/a), lo que provoca el cambio de residencia y la búsqueda de un cuidador en el entorno de la familia o de una institución. A pesar de esta migración, y aunque en el distrito que nos ocupa la proporción de PEMI65 que viven solas es elevada (21%)⁷⁷ y no se considera que vivir solo sea un factor de riesgo³³⁰, llama la atención el elevado porcentaje de personas inmovilizadas que vivían solas (7.6%), con las deficiencias en la atención que este tipo de convivencia lleva consigo en el estado de inmovilidad. Es aquí donde se muestra en mayor medida que la aportación de algunos servicios como los de ayuda domiciliaria del ayuntamiento y voluntarios, o los de tele-alarma son inestimables en la ayuda a estas personas⁷⁷. A pesar de ello, se sabe que el principal proveedor de cuidados en estas personas inmovilizadas que viven solas es también la familia⁶, que se desplaza al domicilio de la misma para ejecutar esta labor. Este elevado porcentaje de personas inmovilizadas que viven solas es un problema que se encuentra también en otras poblaciones (la media de los porcentajes de las personas inmovilizadas que viven solas

en estos estudios es 14.6%, y el intervalo es 0.5-38%)^{32, 35, 43, 50, 280, 284, 286, 288}

La distribución del nivel de escolaridad en la población de personas inmovilizadas no presentó diferencias relevantes con la distribución que se encuentra en la población general de PEMI65 del distrito (Gráfico 4.5.2), por lo que no se entrevé asociación entre inmovilidad y nivel de escolaridad. En otro estudio se encuentra que el nivel de escolaridad bajo se asocia con mayor riesgo de inmovilidad en hombres, pero no en mujeres²⁸⁹.

Los ingresos económicos de cualquier índole que recibe una cuarta parte de las personas inmovilizadas no alcanzaban 40000 pts. al mes (Gráfico 4.5.3), que es una cifra de ingresos muy baja, y más de la mitad no alcanzaban 80.000 pts. (el umbral de pobreza de la Unión Europea se sitúa en 75000 pts., y el Área de servicios sociales del ayuntamiento de Madrid considera que el mínimo vital son 50000 pts.^{77, 278}), y que se agrava con la mayor necesidad de gastos a los que el estado de inmovilidad obliga. Además, el 20% de las personas de este grupo de bajísimos ingresos (menos de 40000 pts.) tenía que efectuar el pago del alquiler de la vivienda en la que habitaban. Podría argumentarse que el nivel de ingresos declarado en la encuesta es inferior al real. Sin embargo, los datos de estudios realizados en PEMI65 muestran también niveles de ingresos muy bajos tanto en el distrito (37% con ingresos inferiores a 45000 pts.)⁷⁷ como en el ayuntamiento (40% con ingresos inferiores a 50000)²⁷⁸, y en otras investigaciones en nuestra nación también se encuentra a un elevado número de personas inmovilizadas que tienen gran insuficiencia de ingresos económicos y sobreviven a base de ayudas familiares²⁸⁴. En un estudio se describe que los niveles bajos de ingresos económicos se asocian a un mayor riesgo de inmovilidad²⁸⁹.

El índice de hacinamiento medio de las personas inmovilizadas fué bueno (36.9 m²/hab), pero su distribución desigual, destacando la existencia de un 12.1% en las que se encontraron índices muy bajos (menores de 15 m²/hab).

La distribución del régimen de la vivienda de las personas inmovilizadas mostró que una cuarta parte de las personas inmovilizadas no son propietarias de su vivienda (Gráfico 4.5.3), y, como se explicó anteriormente, un elevado porcentaje, sobre todo de los que tienen escasos ingresos económicos, debe pagar un alquiler. Los datos de otras poblaciones de personas inmovilizadas sugieren un problema similar²⁸⁴.

El porcentaje medio de condiciones de equipamiento ausentes de la vivienda de las personas inmovilizadas fué elevado (6.4%), y casi el 40% de los hogares carecían de alguna condición. La ausencia de ascensor para personas no residentes en una planta baja fué muy frecuente (28.1%) lo que lleva consigo no solo una gran repercusión en el agravamiento de la inmovilidad sino que también puede constituir el factor determinante, al confinar en su domicilio a personas que sin la incapacidad para subir y bajar tramos de escaleras podrían realizar las actividades habituales fuera del hogar (basados en la experiencia de los profesionales que los atendíamos concluimos que en el distrito que nos ocupa los tramos de escalera son con frecuencia largos y correspondientes a tres o cuatro alturas). La elevada frecuencia de ausencia de calefacción (21.7%) y de la presencia de humedades (8.9%) tiene

repercusiones importantes en el agravamiento de problemas de salud como pueden ser las enfermedades articulares y respiratorias. En otras poblaciones de personas inmovilizadas se ha encontrado también un elevado porcentaje de viviendas mal acondicionadas (25-39.7%), de accesibilidad inadecuada (58.8%), o de ausencia de ascensor (53.8-91%)^{50, 280, 284, 288}.

5.6.-PROBABILIDAD DE PRESENTAR TRASTORNOS DEPRESIVOS.

Según los resultados del CBB, un 49.4% de las personas inmovilizadas superaban el punto de corte óptimo (lo que es decir que presentaban síntomas depresivos y una elevada probabilidad de presentar un trastorno depresivo específico: valor predictivo positivo del 37%). En otro estudio en el que se utiliza este mismo instrumento en los usuarios de distintos sistemas sanitarios, se encuentra que superan el punto de corte el 21,9% de ellos¹⁷⁵.

La diferencia entre la frecuencia de depresión realmente diagnosticada por los médicos de los EAP (8.8%) y la frecuencia teórica hallada con el CBB (18.3) es muy grande. El hallazgo de un elevado número de casos de depresión que quedan sin diagnosticar (y como consecuencia sin abordaje terapéutico) no es novedoso en el ámbito de la atención primaria y ha sido encontrado en otros estudios³³¹⁻³³³, y en mayor medida en las personas mayores²³¹. Además, los médicos de atención primaria tienden a conceptualizar la depresión como la presencia de síntomas depresivos, y no como la presencia de trastornos depresivos específicos (como los que se definen a través de la aplicación de los criterios del DSM-III)^{334, 335}, razón por la que la diferencia real entre estos porcentajes debe ser aún mayor (el CBB sí utiliza los criterios del DSM-III). En las personas mayores e inmovilizadas se produjo este efecto en mayor medida, y la razón de ello puede ser que el médico que atiende a estas personas, centra toda su atención en los síntomas que acompañan a los problemas de salud a cuya aparición se ha atribuido la responsabilidad del deterioro físico y la inmovilidad, dejando en un segundo término la evaluación de una posible depresión concomitante que, como consecuencia, pasa desapercibida. También se sabe que el diagnóstico de la depresión en las personas que presentan otros problemas de salud crónicos e incapacitantes se complica por causa del enmascaramiento o semejanza de los síntomas depresivos en estos problemas³³⁶.

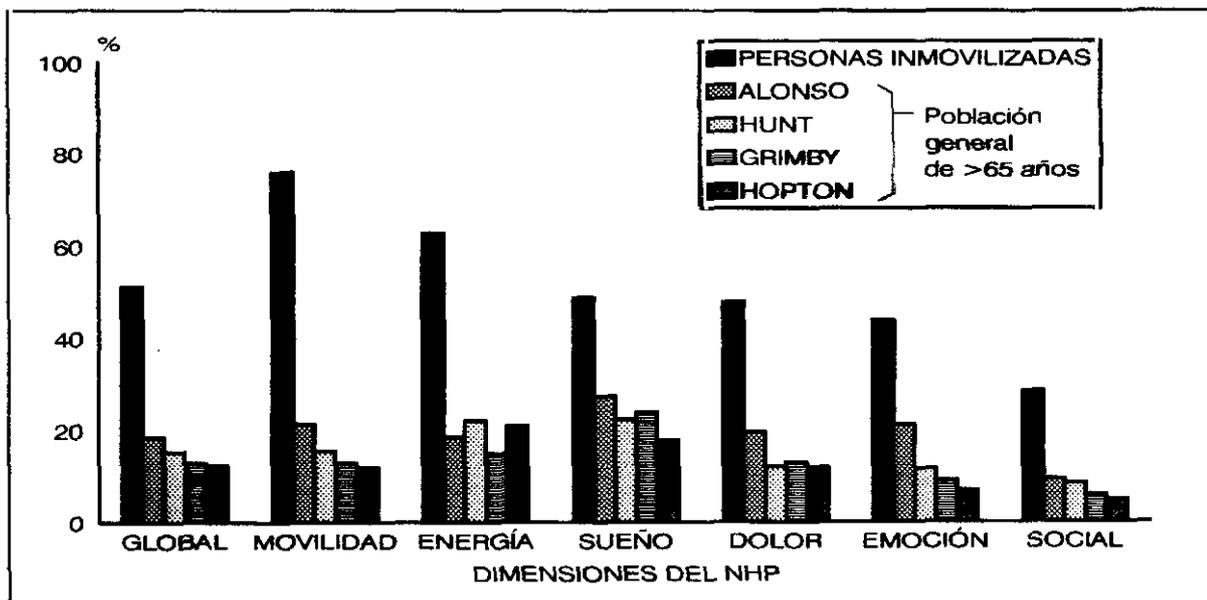
5.7.-CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS INMOVILIZADAS.

Tal y como estaba previsto en el apartado 3.3.1.5.3 el Perfil de Salud de Nottingham (NHP) no se aplicó a las personas inmovilizadas que presentaban impedimento cognitivo. En otros estudios se comprueba que el deterioro cognitivo es el principal responsable de la falta de respuesta de las personas mayores en los cuestionarios, y que en este grupo aparece una

mayor frecuencia de presentación de enfermedades crónicas ³³⁷. Para abordar estas situaciones en las que las personas tienen dificultades de comunicación como resultado de alteraciones del estado mental, y en las que se desconoce la gravedad del deterioro cognitivo a partir de la cual se excluye la posibilidad de obtener de información válida sobre su CV, son necesarios estudios que evalúen la capacidad de los familiares u otros grupos para representar el punto de vista de la persona enferma ^{19, 161, 259}.

Para poder comparar la variación de la CV que se produce con la inmovilidad, sería necesario hacer también una evaluación de la CV antes del estado de inmovilidad. Una forma alternativa de conseguir una evaluación válida es usando un grupo control estratificado por las variables que presuntamente pueden tener influencia en la CV (edad, sexo, nivel de ingresos, problemas de salud, etc.). Lo costoso de esta tarea hace que asumamos los datos que provienen de otros estudios en la población general ^{120, 163-166}.

Gráfico 5.7.1.1
Comparación entre los resultados del PSN de la población de personas inmovilizadas y de la población general (Alonso, Hunt, Grimby, Hopton) en el estudio de la calidad de vida de las personas mayores y de las personas inmovilizadas.

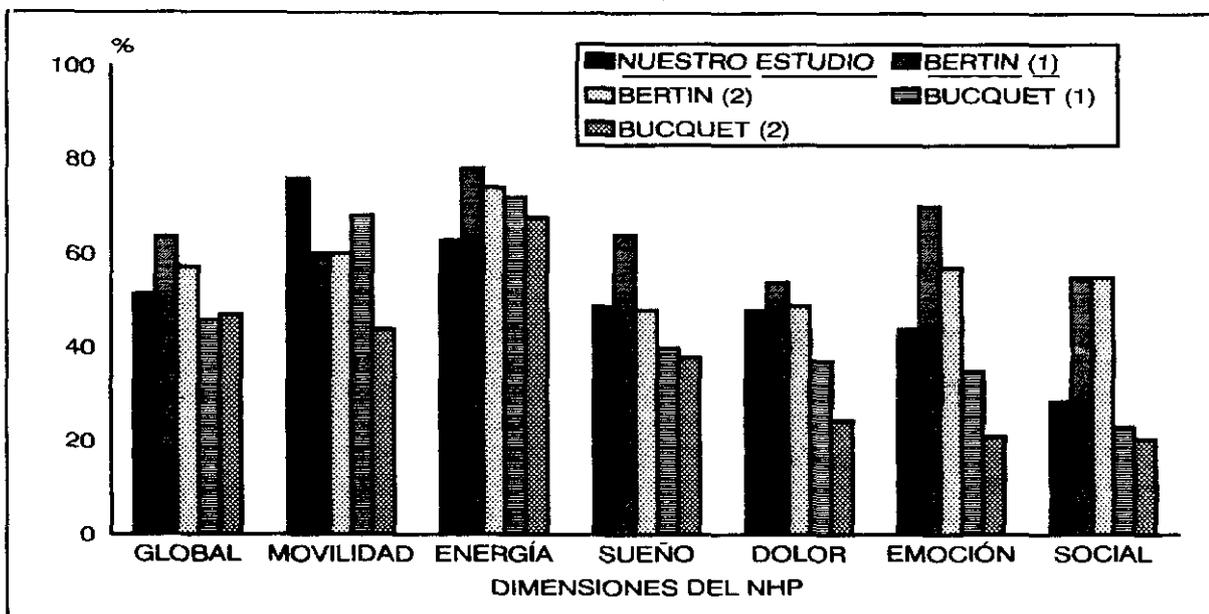


5.7.1.-LOS RESULTADOS DEL NHP.

5.7.1.1.-Parte 1: resultado global y dimensiones.

Las diferencias entre los resultados que obtuvimos con el NHP en las personas inmovilizadas y los que se encuentran en la población general de PEMI65 fueron muy grandes (Gráfico 5.7.1.1.1) ¹²⁰⁻¹⁶³⁻¹⁶⁶, e indican la pobre CV que se encontró en las primeras. El importante deterioro de la CV que acompaña a las personas inmovilizadas se señala en otros estudios (Gráfico 5.7.1.1.2), hasta el punto de que en un estudio realizado en atención primaria, la aparición de inmovilidad se muestra como el principal predictor del deterioro de la CV ¹²⁷. Si el grado de inmovilidad lleva a la persona a tener que permanecer en la cama, la calidad de vida (expresada según la escala de Rosser) es peor que la considerada en el fallecimiento ¹⁹⁴. Las dimensiones que peor resultado tuvieron en el NHP en las personas inmovilizadas, fueron también las que presentaron mayor diferencia con la población general: 'disminución de la movilidad' y 'disminución de la energía'.

Gráfico 5.7.1.2
Comparación entre los resultados del PSN de nuestro estudio y los de otras poblaciones de personas inmovilizadas (Bertin-1, en PEMIS de un programa de atención domiciliar ¹²⁰; Bertin-2, en PEMIS de una residencia de ancianos ¹⁶³; Bucquet-1, en personas con EPOC inmovilizadas ¹⁶⁶; Bucquet-2, en mujeres mayores de 50 años que reciben cuidados domiciliarios ¹⁶⁶).



Las también elevadas cifras que obtuvieron las personas inmovilizadas en la dimensión 'dolor físico' tienen consecuencias relevantes en la atención, ya que se sabe que estas personas piensan en gran medida que los profesionales sanitarios no dicen ni hacen nada para reducir sus problemas y no han tenido el sentimiento de que sus opiniones fuesen importantes ³³⁸.

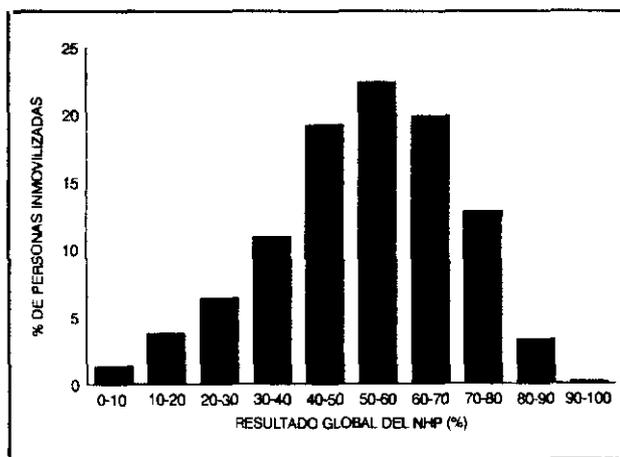
La dimensión que obtuvo resultados con menor diferencia con la población general

fué 'aislamiento social'. Esta dimensión se centra en los aspectos perceptivos y emocionales de las relaciones sociales, como pueden ser los sentimientos de aislamiento social y de ser una carga para otras personas. Podría sorprender que estas diferencias no fuesen más marcadas, en la situación de escasos contactos sociales que se presenta en las personas inmovilizadas, si no se considera que esta dimensión en el NHP esta centrada en estos sentimientos de aislamiento y que las personas pueden no sentirse particularmente insatisfechas con su grado de contactos sociales a pesar de que la intensidad de estos contactos esté muy reducida en comparación con otras personas. Sin embargo, aunque la diferencia absoluta de las cifras de los resultados con la población general no parezca grande, sí puede serlo su interpretación, a raíz de los resultados que presentan en esta dimensión personas con problemas de salud que afectan gravemente al aislamiento social, cuyas diferencias con la población general son menores que las encontradas por nosotros (Apartado 5.7.2), y por los resultados que se observan en investigaciones que no utilizan el NHP ³³⁹. Es por tanto probable que pequeñas variaciones en los resultados de esta dimensión se acompañen de efectos importantes en el aislamiento social ³⁴⁰.

A pesar de que las dimensiones 'alteraciones del sueño' y 'disminución de la energía' eran las que más influían en la variabilidad del resultado global del NHP (Gráfico 4.7.2.2), todas las dimensiones presentaban un coeficiente estandarizado 'Beta' elevado y, por lo tanto, todas tenían gran influencia en la variabilidad.

Tienen también importancia los resultados hallados con el NHP en las personas inmovilizadas por haber confirmado que es un instrumento válido para utilizar en esta población, en contraposición a las limitaciones que algunos autores atribuyen al instrumento al argumentar que su respuesta modal es cero ^{79, 163, 206}. En nuestra población no se halló ningún cero en el resultado global del NHP, y la desviación típica (17.9%) mostró que la distribución de los datos alrededor de la media (51.3%) no se encontraba en absoluto próxima al cero (Gráfico 5.7.1.1.3). De hecho, la distribución del resultado global del NHP

Gráfico 5.7.1.1.3
 Distribución de personas inmovilizadas en cada clase del resultado global del NHP.

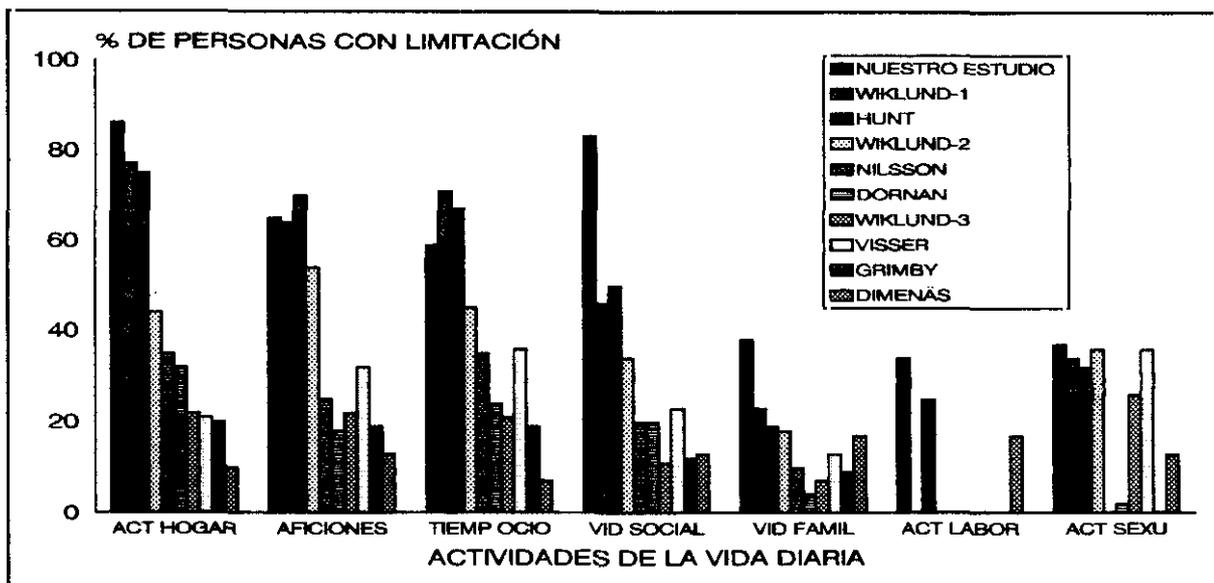
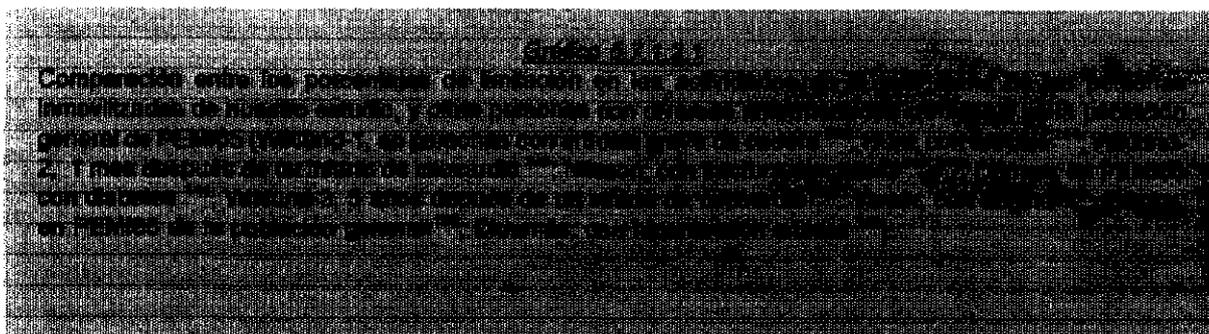


se ajustó a una distribución normal (según el test de Kolmogoroff-Smirnov), que presentó un coeficiente de asimetría muy bajo (-0.24), y con signo negativo que indica en cualquier caso una pequeña desviación hacia valores más elevados que la media. Por lo tanto podemos afirmar que en la población de personas inmovilizadas el NHP no solo no presenta el atribuido

'efecto suelo', sino que además tiene unas condiciones muy adecuadas para discriminar entre los distintos niveles de CV.

5.7.1.2.-Actividades de la vida diaria con limitación.

Los problemas de movilidad muestran un gran impacto en las actividades de la vida diaria (AVD) ¹⁶⁵. Las personas inmovilizadas presentaron una gran limitación en todas las AVD estudiadas, muy por encima de la que presentan las PEMI65 de la población general, y por encima de la de personas con otros problemas de salud crónicos (Gráfico 5.7.1.2.1) ^{120, 165, 216, 244, 248, 250, 341-345}, lo cual tiene importancia además por la estrecha correlación entre limitación de las AVD y mortalidad ³⁴⁶. Aunque en las personas inmovilizadas la AVD 'actividades del



hogar' fué la que presentó limitación con mayor frecuencia, y este hecho se observa en la mayoría de los problemas crónicos de salud, la AVD que mayor diferencia obtuvo, y de forma notable, con respecto a estos problemas fué 'vida social', lo que es el reflejo en la percepción de estas personas de la disminución real de los contactos sociales que su estado lleva consigo, y que se discutió en el apartado anterior.

Podría pensarse que en comparación con los malos resultados esperables, los de las AVD 'actividad laboral' y 'vida sexual' no lo fueron tanto. Sin embargo, los bajos porcentajes en la AVD 'actividad laboral' se explican por la situación de retiro de la mayor parte de las PEMI65, por lo que en su mayoría entienden que es una actividad que no les atañe y, por lo tanto, no refieren limitación en su realización a pesar de que este menoscabo existiese en el caso de tener que desempeñarla. En el caso de la AVD 'vida sexual' la explicación de los porcentajes bajos de limitación es, en parte, similar. Muchas personas mayores no entienden el término de esta AVD en toda su extensión, y en ese sentido piensan que no es una actividad propia de edades tardías, por lo que la ausencia de realización de una actividad que no les concierne no es percibida como limitación. También se sabe que en nuestra cultura, manifestar limitación en la actividad sexual se acompaña de sentimientos de vergüenza, por lo que tiende a ocultarse su existencia. Estas dificultades para realizar la valoración de la limitación de estas dos AVD se encuentran también en otros estudios ^{165, 216, 248, 250, 341-344}, lo que hace que a menudo se renuncie a priori a su investigación. Sin embargo, en la valoración de las personas con problemas de salud crónicos, el profesional de la salud debe realizar la búsqueda cuidadosa de la limitación en cualquier AVD. Esto es necesario no solamente para planificar las intervenciones a llevar a cabo y para monitorizar la efectividad de las mismas, sino que además un aspecto importante de la atención primaria desde la perspectiva de los pacientes es la posibilidad de discutir los problemas de salud y sus consecuencias con el profesional que les atiende ³⁴⁷ y, es más, la percepción que los usuarios tienen de los beneficios de la atención están influenciados por cómo el médico general reconoce y discute los efectos de la enfermedad en la vida diaria ³⁴⁸.

5.7.2.-CALIDAD DE VIDA Y OTRAS VARIABLES.

5.7.2.1.-Calidad de vida y características sociodemográficas.

La pobre CV de las personas mayores está descrita en numerosos estudios ^{120, 155, 163-166, 169, 178, 349}.

En la población general, los resultados del NHP empeoran al aumentar la edad ^{120, 163, 164}, y a partir de los 65 años lo hacen especialmente en las dimensiones 'disminución de la movilidad', 'disminución de la energía' y 'aislamiento social' ^{120, 163}. Esta asociación se atribuye principalmente a que el aumento de edad se acompaña más frecuentemente de la aparición de enfermedades crónicas e incapacidad funcional ¹⁶⁴. Se sabe que la CV sufre un importante incremento de su deterioro durante el último año previo al fallecimiento ¹³⁷.

En la población general, las mujeres tienen peores resultados que los hombres en el NHP global y en todas las dimensiones del perfil, aunque en la mayor parte de los estudios estas diferencias disminuyen con la edad ^{120, 164, 234}, y se hacen pequeñas a partir de los 65

años^{112, 163, 166}. La diferencia entre ambos sexos se atribuye en parte a factores biológicos y a la mayor frecuencia de conductas de riesgo para la salud en los hombres^{164, 349}. La dimensión que en la población general muestra mayor diferencia entre los sexos es 'dolor físico', seguida de 'aislamiento social' y 'problemas emocionales'¹²⁰. En algunos estudios se encuentra que la autopercepción de salud en las PEMI65 no se asocia a la edad ni al sexo^{143, 178}, y en otros no se asocia con la edad, pero sí se encuentran peores resultados en la mujeres^{350, 351}.

La ausencia de asociación encontrada entre los resultados del NHP y la edad y el sexo en nuestro estudio tiene su motivo en que en las personas que ya han alcanzado el estado de inmovilidad, ya concurren la presencia de las enfermedades crónicas y el deterioro funcional que son las variables que determinan la diferencia de calidad de vida entre distintas edades y sexos.

En nuestro estudio, se encontraron diferencias pequeñas entre los resultados del NHP en los distintos estados civiles. En la población general, a partir de los 65 años puede considerarse también que no hay pruebas consistentes de la existencia de asociación entre el estado civil y la CV, al encontrarse diferencias pequeñas entre los estados civiles y cifras pequeñas y contradictorias de la fuerza de la asociación en los distintos estudios realizados^{120, 163, 165}.

En cuanto a la posibilidad de que los resultados observados en la CV de nuestra población de personas inmovilizadas pudieran haber estado influenciados por su pertenencia a un distrito urbano, encontramos un estudio en el que se observa que la CV de las personas residentes en los distritos urbanos (medida con el NHP) es peor que las que residen en distritos periféricos o periurbanos, y ésta diferencia se atribuye a factores socioeconómicos²⁵².

5.7.2.2.-Calidad de vida y problemas de salud.

En la población general, la presencia de trastornos crónicos se acompaña de un elevado aumento del NHP, y el resultado del NHP es mayor al aumentar el número de trastornos crónicos presentes^{120, 234, 345}. Esto se observa también en estudios que utilizan instrumentos distintos del NHP y en PEMI65^{143, 177, 178}. Además se sabe que los trastornos crónicos, aunque aparezcan en personas de otras edades, producen un deterioro de la calidad de vida mayor en las personas mayores que en otros grupos de edad³⁵². La dimensión que resulta más afectada por la presencia de trastornos crónicos es la 'disminución de la movilidad'¹²⁰.

El efecto de la presencia de los problemas de salud descritos en la CV de las personas inmovilizadas fué considerable y en todos ellos se afectaron las seis dimensiones del estado de salud estudiadas. Dentro de cada problema de salud, se encontraron

variaciones importantes en los resultados del NHP, igual que se describen en otros estudios, variaciones que pueden deberse en parte a la existencia de otros factores como son la distinta gravedad de los procesos, la existencia o no de tratamiento médico o cuidados de enfermería, la duración del proceso o de la actuación de los profesionales ^{127, 134}, pero que dejan sin explicar la mayor porción de esta variabilidad. La inmovilidad por sí misma, independientemente de la naturaleza del problema de salud que la causó, produce un deterioro elevado de la CV. A pesar de que las personas que se encuentran en el estado de inmovilidad suelen padecerlo durante periodos de tiempo largos, cuando no definitivamente, y con poca frecuencia dejan de estar inmovilizados, en algunos problemas de salud como es la fractura de cadera puede observarse este hecho con relativa frecuencia. En las personas con este problema de salud (cuya presencia es además la que se acompaña de mayor deterioro de la CV) se observa que la recuperación de la movilidad, y especialmente la posibilidad de salir de su domicilio, produce una espectacular mejora de la salud percibida ³⁵³. El impacto que la aparición de la inmovilidad produce en la CV puede ser también el motivo por el que en nuestro estudio, a diferencia de otros ²³⁴, no se halla encontrado correlación entre los resultados del NHP y el número de enfermedades crónicas presentes.

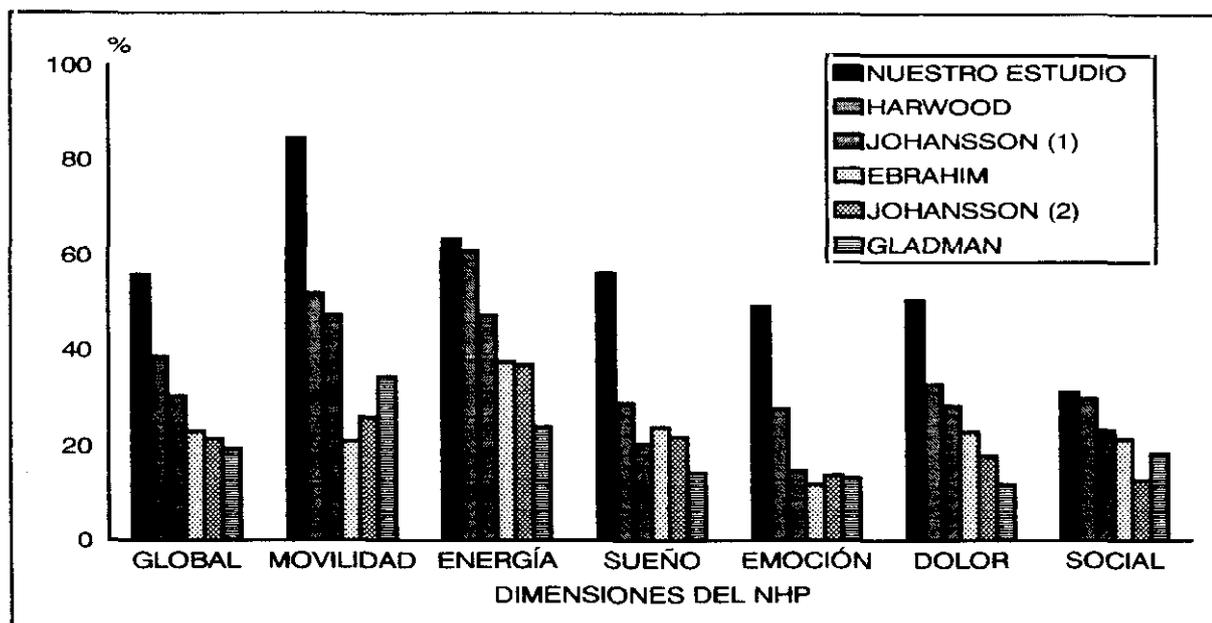
5.7.2.2.1.-Enfermedad cerebrovascular.

Ya se conoce el deterioro de la inmovilidad que acompaña a las personas que sufren un ictus ³⁵⁴. Los resultados del NHP en las personas de nuestro estudio que presentaban enfermedad cerebrovascular eran superiores a los de otros estudios realizados en personas con el mismo problema de salud, pero que incluyen también a los no inmovilizados ^{209, 213, 355-357} (Gráfico 5.7.2.2.1.1). Sin embargo, dejando aparte la dimensión 'disminución de la movilidad' la cual obtuvo en nuestro estudio los esperados y mucho peores resultados, el perfil de las otras dimensiones fué similar. Los elevados porcentajes que se obtienen en las dimensiones 'alteraciones del sueño', 'dolor físico' y 'aislamiento social' muestran problemas que son potencialmente tratables ^{209, 358}. El dolor está asociado usualmente con problemas articulares de las rodillas, caderas o columna vertebral, y los síntomas son agravados probablemente por la hemiparesia, que origina que la persona cargue más peso en el lado no afectado ²⁰⁹. El tratamiento del dolor con analgésicos, probablemente puede mejorar la espasticidad y la función. El 'dolor físico', además, es una dimensión que en las personas con ictus se acompaña de un franco aumento de la demanda de visitas médicas ^{209, 356}.

A pesar de que las lesiones del hemisferio cerebral izquierdo, además de la hemiparesia derecha, se acompañan con elevada frecuencia de disfasia (que demuestra sus importantes efectos negativos en la CV ³⁵⁹), las personas con estas lesiones tienden a tener mejores resultados en el NHP que las que presentan lesiones del hemisferio derecho, y tienden a menearse mejor y a padecer menos dolor ³⁵⁷. Este hecho se encuentra también en

Gráfico 5.7.2.2.1.1

Comparación entre los resultados del PSN en las personas inmobilizadas que presentaron enfermedad cerebrovascular en nuestro estudio, y otras poblaciones de personas con enfermedad cerebrovascular (Harwood³⁵⁵ y Johansson-1³⁵⁶ en personas 1 año después de sufrir un ictus; Ebrahim³⁵⁷, Johansson-2³⁵⁸ y Gladman³⁵⁹ seis meses después).



un estudio que utiliza otro instrumento de medida de la CV (Sickness Impact Profile)³⁶⁰. Parece ser que muchos de estos problemas de las personas con lesiones en el hemisferio derecho se relacionan con la descuidada y reducida conciencia espacial, y pueden beneficiarse del tratamiento rehabilitador correspondiente³⁶¹. El inicio precoz del tratamiento rehabilitador después de un ictus se acompaña de mejores resultados finales en la CV, el estado funcional y las actividades de la vida diaria, y se recomienda que el mismo se realice en el domicilio de la persona (que ha demostrado mejores resultados que en el hospital) e involucre a todas las personas del entorno del afectado por el ictus, desde los profesionales más especializados hasta los cuidadores habituales y familiares^{355, 361-363}. La disminución de la CV empeora los resultados del proceso de rehabilitación de las personas con ictus³⁵⁸, y disminuye la supervivencia³⁶⁴.

Según resultados del NHP se sabe que en estas personas son predictores importantes de la CV la limitación en las AVD (y la más importante es la capacidad para asearse ellas mismas, incluyendo la posibilidad de ducharse o bañarse), y otros factores como las características de la personalidad, la conciencia de enfermedad, el nivel de ingresos económicos y el estado civil^{357, 358}.

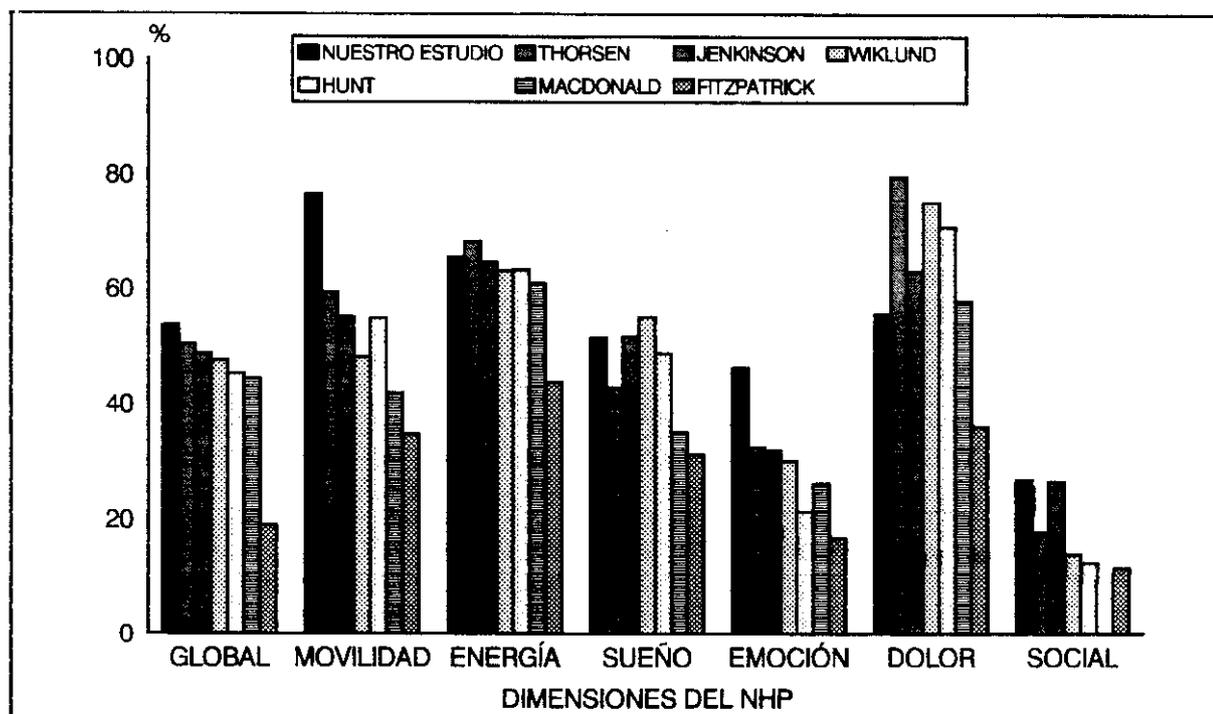
La aparición en estas personas con enfermedad cerebrovascular de algunos

problemas como pueden ser la disfasia o el deterioro cognitivo, es la principal razón para no poder evaluar la CV ²⁰⁹, pero ésta puede intuirse con la extrapolación de los resultados obtenidos en las otras personas con el mismo problema de salud.

Otros estudios muestran que la enfermedad cerebrovascular se acompaña con elevada frecuencia de depresión ^{359, 364, 365}, y que el tratamiento de la misma es la intervención que más puede contribuir a mejorar la CV ³⁶⁵.

Gráfico 5.7.2.2.1

Comperación entre los resultados del PSN en las personas inmobilizadas que padezcan enfermedad respiratoria en nuestro estudio, y los resultados de personas con enfermedad respiratoria en otros estudios. Resultados de personas con enfermedad respiratoria en nuestro estudio, y los resultados de personas con enfermedad respiratoria en otros estudios.



5.7.2.2.2.-Enfermedad respiratoria.

La CV observada en presencia de enfermedad respiratoria se muestra en el Gráfico 5.7.2.2.2.1. En algunos estudios se comprueba que los resultados del NHP se encuentran debilmente ligados a datos objetivos de la gravedad del problema de salud, como puede ser los resultados de la gasometría arterial de oxígeno ³⁶⁶, que en otros estudios no muestra asociación alguna ²⁵⁵. Otros datos, como los resultados del flujo espiratorio máximo, o la

causa de la insuficiencia respiratoria tampoco muestran asociación con los resultados del NHP ^{195, 255, 366-368}. La ausencia de asociación entre el flujo espiratorio máximo y la percepción de la salud se encuentra también en estudios que emplean otros instrumentos de medida de la CV (Sickness Impact Profile ³⁶⁹). La presencia de disnea y la inmovilidad son los factores que más se asocian a peores resultados en el NHP ^{195, 255, 366}. La supervivencia de las personas con insuficiencia respiratoria se predice mejor con la capacidad funcional y la CV que con los criterios médicos ³⁶⁶. Las dimensiones más afectadas en otros estudios son también 'disminución de la movilidad', 'disminución de la energía' y 'alteraciones del sueño'. Además, las dos primeras, son los factores que predicen mejor la mortalidad ^{237, 255, 366-368}. La dimensión 'alteraciones del sueño' aparece alterada incluso antes de que aparezca disnea, por lo que se piensa pueden ser un efecto temprano de la enfermedad a tener en consideración ²⁵⁵. Se sabe que la mejora de la CV de las personas mayores con enfermedad respiratoria crónica se asocia a una supervivencia mayor ¹²⁹. Por tanto, en las personas con enfermedad respiratoria, es preciso tener en cuenta la elevada correlación de la disnea con la percepción de la salud, y la ausencia de correlación con los resultados de la espirometría, especialmente en la evaluación del resultado del tratamiento ³⁶⁷⁻³⁶⁸. Se considera que la CV puede mejorar sustancialmente con solo pequeñas variaciones en el deterioro de esta perspectiva de la función respiratoria ²⁵⁵.

5.7.2.2.3.-Enfermedad de Parkinson.

En un estudio que compara la CV de personas con enfermedad de Parkinson con la de la población general utilizando el NHP ³⁷⁰, se resalta el importante deterioro de los primeros encontrado en las dimensiones 'disminución de la movilidad', 'disminución de la energía', 'problemas emocionales' y 'aislamiento social', y en las AVD con limitación, lo que coincide con nuestras observaciones. Las personas con enfermedad de Parkinson fueron las que en nuestro estudio obtuvieron peores resultados en la dimensión 'aislamiento social', mientras que los elevados resultados encontrados en la dimensión 'problemas emocionales' se atribuyen a la conocida asociación entre este problema de salud y la depresión ³⁷¹. Las intervenciones que se sabe que pueden mejorar la CV de estas personas son la fisioterapia ³⁷², y el tratamiento farmacológico meticuloso de los síntomas (de difícil ajuste, pues la aparición de discinesias produce un importante deterioro de la CV) ^{373, 374}.

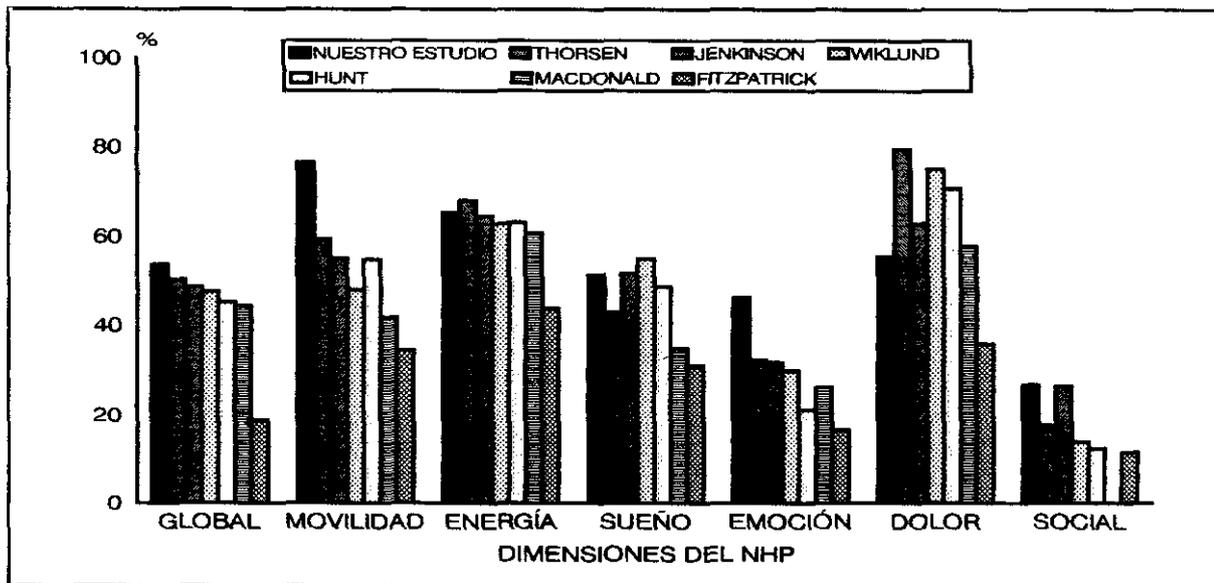
5.7.2.2.4.-Enfermedad articular.

De igual modo que ocurrió en nuestro estudio, se encuentra que en otras personas que presentan enfermedades articulares, y particularmente artrosis y artritis reumatoide, se

produce un deterioro importante de la CV medida con el NHP y las actividades de la vida diaria con limitación, y las dimensiones del NHP que presentan peores resultados tienen una disposición similar en los distintos estudios (Gráfico 5.7.2.2.4.1) ^{158, 211, 244, 250, 340, 375}. Se

Gráfico 5.7.2.2.4.1

Comparación entre los resultados del PSN en las personas inmóviles que presentaron enfermedad articular en nuestro estudio, y otras poblaciones de personas con enfermedad articular (MacDonald ²²⁷, Fitzpatrick ³⁷⁵ y Jenkinson ²¹¹, en personas con artritis reumatoide, Hunt ²⁴⁴, con artrosis, Thorsen ¹⁵⁸ y Wiklund ²⁵⁰ con artrosis grave de cadera).



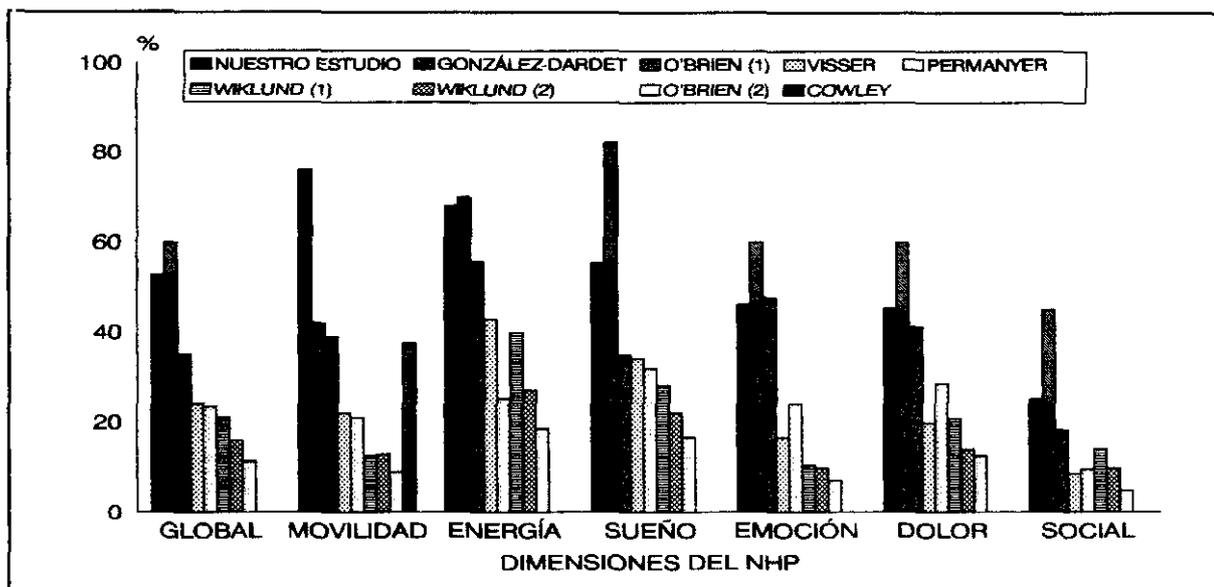
encuentran los esperados malos resultados en las dimensiones 'disminución de la movilidad' y 'disminución de la energía'. Los problemas de fatiga y energía son comunes en la enfermedad articular, especialmente en las fases activas ^{376, 377}. Sin embargo, los resultados que más se pueden destacar son los que presenta el 'dolor físico', que llegan incluso a superar los de estas dimensiones, y hacen de la enfermedad articular el problema de salud con peores resultados en esta dimensión ^{158, 211, 244, 375}. El dolor es además un factor que presenta elevada correlación con la capacidad funcional actual y la predicción de discapacidad ³⁷⁸⁻³⁸¹, con la evolución a largo plazo y la mortalidad ³⁷⁹. Con los tratamientos médicos y quirúrgicos se consiguen importantes mejoras en todas las dimensiones (y es en el 'dolor físico' en la cual esta diferencia es más notable), así como en la rehabilitación para realizar las AVD ^{244, 247, 250, 379}, centrada especialmente en el ejercicio físico ³⁸². Los malos resultados en la dimensión 'alteraciones del sueño' se destacan también en otros estudios ^{158, 211, 244, 375} y, a pesar de que con la disminución del dolor se consiguen mejorarlos, pueden considerarse también otras intervenciones complementarias y más específicas. Se describe también que en las personas que presentan artritis reumatoide, la presencia de

seropositividad para el factor reumatoide se asocia a una disminución de la CV ³⁸³. Las medidas de CV y especialmente del dolor se consideran más apropiadas que los marcadores biológicos o las técnicas radiográficas para evaluar los resultados de las intervenciones médicas en las personas con enfermedad articular ³⁷⁹.

5.7.2.2.5.-Enfermedad cardíaca.

Se sabe que en la población general, el deterioro de la CV se acompaña ya por sí solo de un mayor riesgo de presentar posteriormente enfermedades cardiovasculares ³⁸⁴. Al comparar los resultados que obtuvieron las personas con enfermedad cardíaca de nuestro estudio en el NHP con los de otros estudios que investigan la CV en personas con estos mismos problemas de salud (Gráfico 5.7.2.2.5.1) ^{216, 248, 256, 341, 385-387}, lo primero que llama la

Gráfico 5.7.2.2.5.1
 Comparación entre los resultados del NHP en las personas inmóviles que presentaron enfermedad cardíaca en nuestro estudio y otros estudios de personas con enfermedad cardíaca (Cowley, en personas con angina de pecho, con ataques de corazón, y con infarto de miocardio) en los aspectos del NHP.



atención es el amplio rango de las medias de los resultados de estos estudios, lo que indica que existen grandes diferencias entre la CV que acompaña a los distintos problemas cardíacos de salud (angina de distintos grados de intensidad, infarto de miocardio en distintos momentos del periodo de convalecencia, o insuficiencia cardíaca de diversos grados). Aún

así, dentro de cada problema de salud, las dimensiones que tienen peores resultados al compararlos con la población general son 'disminución de la energía', 'dolor físico' y 'alteraciones del sueño', lo cual puede considerarse congruente con las características clínicas y fisiológicas de estos problemas, en los cuales una reducción en la capacidad física global y el desarrollo de dolor de esfuerzo son acontecimientos primordiales^{248, 256}. La 'disminución de la movilidad' que, como cabía esperar, fue en nuestro estudio la dimensión más afectada, en estos otros estudios que no se limitan a personas inmobilizadas es superada por otras dimensiones.

Los malos resultados en el NHP se correlacionan con los resultados alterados de las pruebas de esfuerzo²⁵⁶ (a pesar de que éstas pueden no reflejar el resultado adaptado al estilo de vida de la persona²¹⁶), y la correlación es mayor con las dimensiones 'disminución de la energía', 'disminución de la movilidad' y 'dolor físico'²⁵⁶. Se encuentra asociación de peores resultados del NHP con la disminución del nivel de estado funcional cardíaco según la clasificación NYHA (New York Heart Association)^{216, 284}, así como con la escala de estado funcional de Karnofsky²⁸⁴, siendo también la asociación mayor para estas tres dimensiones del perfil citadas³⁸⁵. Sin embargo, se prefiere el NHP como instrumento de medida a la NYHA pues esta última al contener tan solo cuatro categorías solo es sensible a cambios groseros del estado funcional, además de presentar los resultados gran variabilidad entre observadores, y de ser inadecuada para personas laboralmente retiradas ya que evalúa las consecuencias de la actividad habitual²¹⁶.

No se encuentra asociación entre los resultados del NHP y los resultados de la exploración médica, ni con las anomalías del E.C.G.³⁸⁸. Tampoco se encuentra correlación entre el NHP y los resultados de la cateterización diagnóstica en la cardiopatía isquémica (número de vasos afectados), ni correlación entre el NHP y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo²⁵⁶, lo que parece indicar que el estado de salud percibido se encuentra más próximo a la incapacidad funcional que a las alteraciones anatómicas¹⁹⁵. El dolor anginoso previo, el dolor actual y la mayor frecuencia de aparición del dolor se acompañan de peores resultados en el NHP²⁴⁸. La aparición de dolor anginoso eleva, sobre todo, las puntuaciones de las dimensiones 'disminución de la energía' y 'alteraciones del sueño'³⁸⁸. El dolor anginoso, la disnea y la ansiedad, son los síntomas que más deterioran la CV en estas personas^{248, 254}.

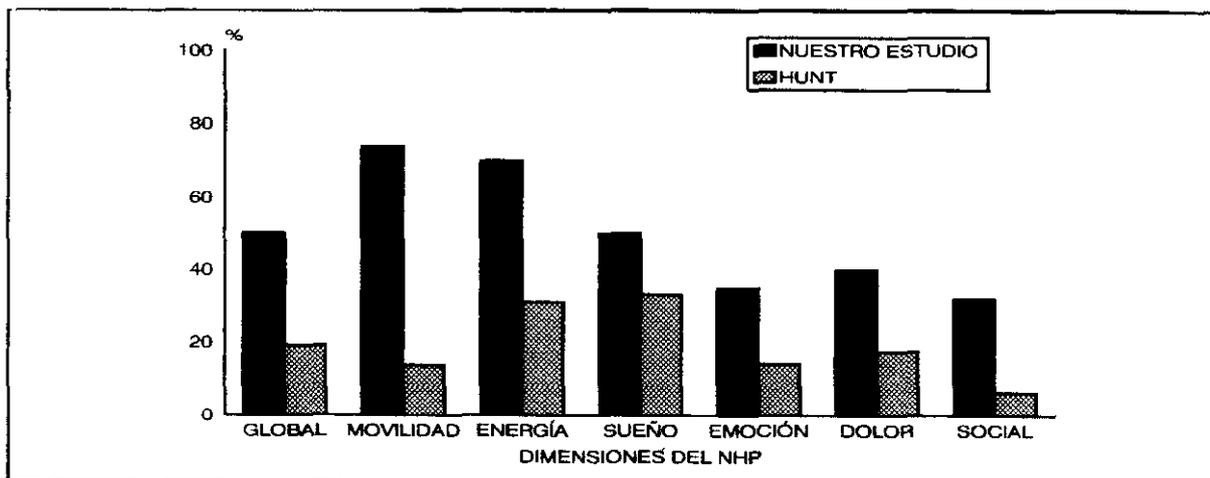
En las personas que han sufrido un infarto de miocardio, los periodos iniciales de convalecencia se acompañan de pérdida de energía, fatiga, trastornos del sueño, disminución de la movilidad, y gran limitación para desarrollar las AVD. El impacto emocional de este periodo inicial, que se acompaña de elevados niveles de ansiedad, se corrige paulatinamente en los meses siguientes, considerándose que los resultados se normalizan entre uno y cinco años después del infarto. La ansiedad persistente es causa del mantenimiento de la limitación en el funcionamiento cotidiano^{248, 389}.

Diversas intervenciones para el tratamiento del dolor anginoso médicas o quirúrgicas

(arterioplastia, estimulación eléctrica medular, trasplante cardíaco) se han mostrado eficaces para mejorar la CV de estas personas ^{76, 239, 282}.

Gráfico 5.7.2.2.6.1

Comparación entre los resultados del PSN en las personas inmóviles que presentaron neoplasia en nuestro estudio, y otra población de personas con neoplasia (Hunt, personas con neoplasia con posibilidad de tratamiento radioterápico ²⁰³).



5.7.2.2.6.-Neoplasia maligna.

Las neoplasias son los problemas de salud en los que con mayor énfasis se ha incorporado la medida de la CV en cualquier fase de la asistencia a las personas que las presentan ^{131, 132}. Sin embargo, solamente hemos encontrado dos estudios que utilizase el NHP en personas que presentan neoplasia, y lo eran con posibilidad de tratamiento radioterápico ^{203, 390}, por lo que la comparación de estos resultados con los que obtuvimos en nuestro estudio debe contemplarse con las limitaciones que la presencia de inmovilidad y la posibilidad de realizar un tratamiento llevan consigo (Gráfico 5.7.2.2.6.1). Con esta consideración, podemos destacar que si en este estudio la dimensión del NHP que presenta mayor alteración es 'disminución de la energía', también en el nuestro se observó que las personas inmóviles que presentaban neoplasia eran las que tenían peor resultado en esta dimensión, lo que viene a reflejar en parte los resultados de otras investigaciones que encuentran que en las personas con este problema de salud tienen un papel determinante la aparición de debilidad, dolor, ansiedad, depresión, o disnea ³⁹¹. Existen otros estudios que emplean otros instrumentos de medida del estado de salud en personas con neoplasia y que muestran que para estos problemas de salud se tiende a elaborar instrumentos de medida más específicos, que conciernen a las situaciones concretas que acontecen a las personas

con cáncer ¹⁰⁵. De hecho, las características de la atención a estas personas con neoplasia presentan marcadas diferencias con las de la atención a otras personas inmobilizadas, lo que ha provocado que desde el año 1995, la asistencia a las personas con neoplasia por los EAP se contemple en un Programa distinto al de inmobilizados. Sin embargo, la salud percibida por estas personas está también íntimamente relacionada con factores como la capacidad funcional y el estado emocional ^{105, 140, 392}, por lo que el NHP, al igual que en otros problemas de salud crónicos, es un instrumento idóneo para evaluar y monitorizar la CV en las neoplasias.

Se encuentran diferencias importantes entre los resultados del NHP en personas que padecen cuatro distintos tipos de neoplasias, y de las neoplasias consideradas la que presenta peor CV es el cancer de pulmón, seguido del de piel, mama y urogenital ²⁰³. Algunas de las secuelas derivadas de las intervenciones médicas o quirúrgicas propias de cada neoplasia (mastectomía, disfasia, ileostomía, cicatrices cutáneas, dolor, náuseas, alopecia, ...) pueden producir per sé un deterioro importante de la CV, que en la actualidad se tiene en elevada consideración a la hora de evaluar las intervenciones terapéuticas y en la prevención y el abordaje de estas secuelas ^{393, 394}. En el cáncer de mama la dimensión 'alteraciones del sueño' es, con gran diferencia, la más afectada ²⁰³. Otros estudios indican que el dolor, la depresión y sobre todo la incapacidad funcional son las dimensiones que originan la pobre percepción del estado de salud ^{105, 143}.

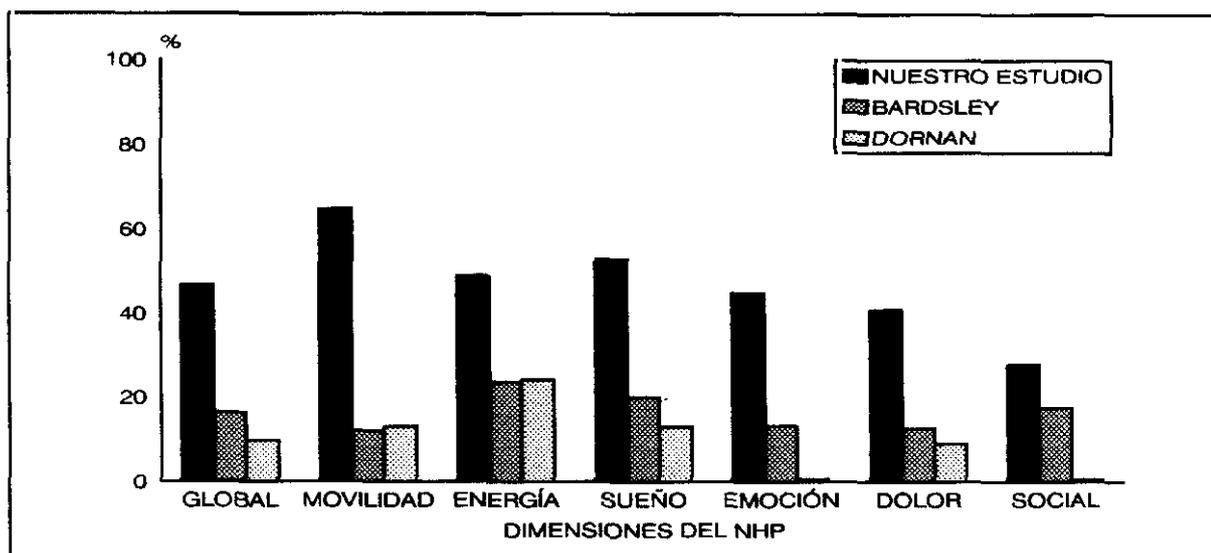
La CV de las personas con neoplasia varía según el tiempo de supervivencia que les resta. Se sabe que la CV percibida por estas personas presenta pocas variaciones en los meses anteriores al 4º-6º previo al fallecimiento. Después sufre un deterioro pronunciado durante solamente las últimas semanas de vida, y especialmente a partir de la semana 5ª a 3ª previa al fallecimiento, coincidiendo con el rápido debilitamiento físico (percepción que no coincide con la del personal que atiende a estas personas). El aumento pronunciado del dolor aparece desde el 4º mes previo al fallecimiento, y su presencia deteriora enormemente la salud percibida y se asocia a la aparición de depresión ³⁹⁵. Por último, la mayor parte de estas personas tienen capacidades residuales que si bién les permiten participar en actividades y tener contactos sociales en estos últimos momentos, la conservación de la capacidad cognitiva hace que también vivan el sufrimiento con toda su intensidad ³⁹². La vigilancia para detectar precozmente el deterioro de la CV, el tratamiento del dolor, los problemas emocionales y los trastornos del sueño, y el conocimiento preciso de las vivencias que pueden sufrir, son imprescindibles para el abordaje adecuado de las personas con enfermedades terminales.

5.7.2.2.7.-Diabetes mellitus.

Los resultados del NHP en las personas con diabetes de nuestro estudio son muy

superiores a los resultados que se observan en otras poblaciones de personas diabéticas tanto mayores de 65 años como de todas las edades (Gráfico 5.7.2.2.7.1)^{215, 344}, y los resultados de estas poblaciones son peores que los que se encuentran en la población control de esos estudios.

Gráfico 5.7.2.2.7.1
 Comparación entre los niveles de los NHP de las personas mayores de 65 años y con diabetes en nuestro estudio, y otros estudios de personas con diabetes (Diana Bardley²¹⁴)



Los factores que son responsables de este deterioro en las personas con diabetes no están aún bien delimitados. Por una parte, se encuentra una correlación muy débil o ausente entre los resultados del NHP y los niveles de hemoglobina glicosilada, lo que sugiere que el control inadecuado de la glucemia no solo no es la causa inmediata de la pobre salud percibida, sino que puede ser al contrario^{106, 215, 344}. Este hecho tiene gran importancia, ya que el control metabólico está íntimamente relacionado con la posterior aparición de complicaciones microvasculares^{396, 397} que llevan consigo la irrupción de síntomas que empobrecen enormemente la CV. Existen varios argumentos que tratan de explicar por qué el mejor control de la glucosa no se acompaña a corto plazo de un aumento de la CV, o incluso se asocia a una disminución de ésta. Por una parte, la hiperglucemia es una forma de evitar la hipoglucemia, que es un estado que se acompaña de síntomas que se perciben como un deterioro de la salud. Además, la responsabilidad de mantener un control metabólico es una tarea que ocupa todo el tiempo disponible, requiriendo un gran esfuerzo por parte de la persona que padece la diabetes, lo que restringe enormemente la vida diaria. El buen control metabólico se acompaña de un mayor sentimiento de soledad y de disminución de los contactos sociales, al acompañarse de un régimen que lleva consigo una rigidez y falta de

flexibilidad que no siempre pueden ser combinados con la vida social, siendo más fácil su logro estando solo. Otro factor que podría influir en la percepción de la salud es la ausencia de preocupación hacia el futuro secundaria al desconocimiento del estado metabólico y sus complicaciones. Sin embargo, se sabe que en su mayoría las personas con glucemias elevadas son conscientes de ello y además saben las consecuencias de este hecho a largo plazo, y aunque un mejor control metabólico sería deseable, es difícil para ellas seguir las prescripciones para lograrlo ^{106, 140}.

Se encuentra que la frecuente aparición de síntomas que no son específicos de la diabetes, como pueden ser disnea, vértigo, o dolor en los miembros superiores puede ser parte de la causa del deterioro en la CV ³⁴⁴. La presencia de dolor anginoso, de problemas circulatorios en los pies o de síntomas de neuropatía produce un franco empeoramiento en los resultados de todas las categorías del NHP (y la presencia de estos síntomas también se correlaciona con peores resultados de otro instrumento de medida de la CV: el *Sickness Impact Profile*), mientras que la presencia de dificultad visual severa solo se correlaciona con peores resultados en la dimensión 'disminución de la movilidad' del NHP. También se encuentra correlación entre el empeoramiento de los resultados del NHP y el aumento del índice de masa corporal ²¹⁵. Otra posible causa a la que se atribuye este deterioro es la disminución en las personas con diabetes de algunas capacidades cognitivas, como pueden ser el empeoramiento de la capacidad de aprendizaje verbal, de las funciones psicomotoras complejas y del razonamiento abstracto. En las personas con diabetes existe de hecho una elevada prevalencia de demencia y depresión indetectadas. Muchas personas con diabetes realizan tratamientos farmacológicos con una incidencia elevada de efectos colaterales. Por último, la presencia de diabetes se acompaña de un efecto de aislamiento social, que también puede presentar influencia en los resultados del NHP ³⁴⁴. Se puede concluir que la atención a las personas mayores con diabetes debe centrarse solamente en parte en el control de los parámetros metabólicos, y en la labor de información y concienciación para lograrlo, con la suficiente flexibilidad que evite prioritariamente la aparición de hipoglucemia, de efectos secundarios farmacológicos, la ausencia de tiempo libre o de ocio, y el aislamiento social. Además, deben incluirse la prevención y el tratamiento de la obesidad, la disnea, el dolor anginoso, la vasculopatía y neuropatía, disminución de la visión, el vértigo, y la detección activa e intervención de la depresión y del deterioro cognitivo ^{215, 344}.

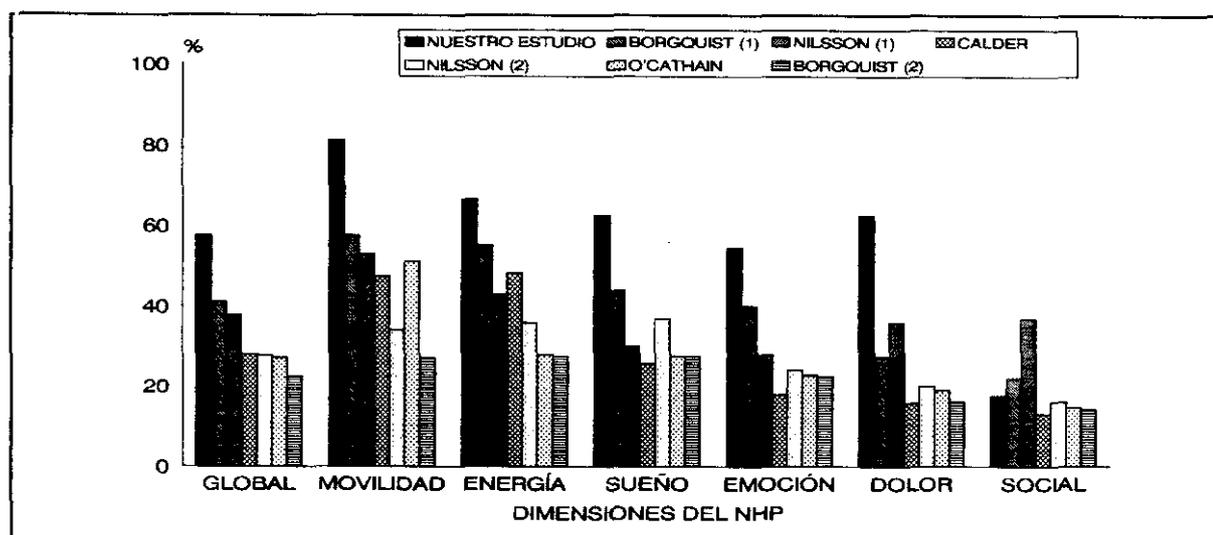
5.7.2.2.8.-Fractura de cadera.

En nuestro estudio, las personas inmovilizadas que presentaron fractura de cadera tuvieron peores resultados en el NHP que las que presentaron otros problemas de salud. Este grave deterioro de la CV en las personas que presentan fractura de cadera se halla también en otros estudios que han utilizado también el NHP (Gráfico 5.7.2.2.8.1) ^{342, 343, 353, 398, 399}, y

otros instrumentos ²⁴⁷. Todos los estudios coincidimos en afirmar que las dimensiones que mayor diferencia muestran con la población general, como era de esperar, son 'alteración de la movilidad' y 'dolor físico', aunque las otras dimensiones también presentan resultados elevados. En concreto, el aumento de los problemas emocionales y del aislamiento social se acompañan además de un importante deterioro de los resultados de la recuperación ²⁴⁵.

Gráfico 5.7.2.2.1

Comparación entre los resultados del PSN en las personas inmobilizadas que presentaron fractura de cadera en nuestro estudio y otras poblaciones de personas con fracturas de cadera (Borgquist-1, personas con fractura de cadera inmobilizadas ³⁴², Borgquist-2, no inmobilizadas ³⁴³, Nilsson-1, con hemiartroplastia ³⁴⁴, Calder, a los seis meses de la fractura ³⁴⁵, O' Cathain, una semana después ³⁴⁶, Nilsson-2, con artroplastia total secundaria ³⁴⁷).



La presencia de complicaciones de la fractura se asocia a peores resultados en el NHP, a pesar de lo cual los resultados del NHP en los distintos tipos de fracturas de cadera (cervicales, trocantéricas) no muestran diferencias entre sí (las fracturas cervicales se acompañan con mayor frecuencia de complicaciones) ^{342, 353}. La aparición de complicaciones, a su vez, está asociada a la coexistencia de otros problemas de salud ⁴⁰⁰.

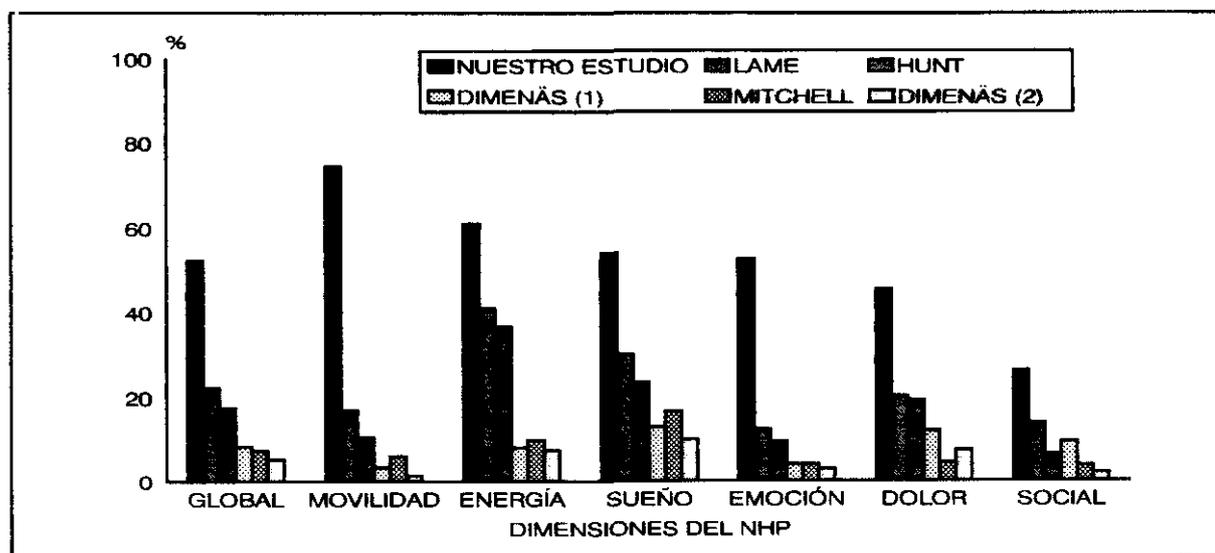
La evaluación del aumento del dolor que realizan los fisioterapeutas se correlaciona con los peores resultados del NHP ³⁵³. Los tipos de intervenciones quirúrgicas y las prótesis empleadas en el tratamiento de la fractura obtienen resultados distintos en el NHP ³⁴² (hemiartroplastia con prótesis bipolar de Monk, hemiartroplastia con prótesis unipolar de Thompson, reducción cerrada y fijación interna con Ambi Hip Screw), siendo el orden en que son mencionadas decreciente en cuanto a los resultados en la CV ³⁹⁸. Después de la artroplastia de cadera, se consigue la máxima percepción de CV una vez transcurridos tres meses ⁴⁰¹, a pesar de que la capacidad funcional máxima no se alcanza hasta los seis a doce meses después de la intervención ³⁵³. La persistencia de dificultad para la movilidad se

acompaña de mucho peores resultados en la CV, y para prevenirla y tratarla se recomienda la realización de un programa de rehabilitación que se inicia con un alta hospitalaria temprana y la iniciación precoz de la deambulación y la reducción sucesiva de las ayudas para deambular, llevada a cabo preferiblemente en el domicilio del usuario ^{353, 399}, así como la detección y abordaje farmacológico del dolor. Cuando se alcanza un nivel de movilidad que permite a estas personas salir de su domicilio se produce una elevación considerable de la CV que perciben ³⁵³.

5.7.2.2.9.-Hipertensión arterial.

Como ya se comentó anteriormente, la HTA no fué el problema de salud principal responsable de la inmovilidad en ningún caso, y la explicación a los elevadísimos resultados que obtuvieron en el NHP las personas de nuestro estudio que presentaron HTA es la coexistencia en todas ellas de al menos otro problema de salud. A pesar de esto, otros estudios demuestran la asociación de la presencia de HTA con la disminución de la CV (Gráfico 5.7.2.2.9.1) ^{345, 402-404}. Además se sabe que el aumento en el grado de HTA se

Gráfico 5.7.2.2.9.1
 Comparación entre los resultados del NHP en las personas inmobilizadas que presentaron hipertensión arterial en nuestro estudio y datos publicados de personas con hipertensión arterial en el estudio de LAME y Dimenäs (1) en hipertensos, LAME en hipertensos no tratados y Dimenäs (2) en controlados.



acompaña de un empeoramiento en los resultados del NHP ⁴⁰², y la coexistencia de otros problemas de salud con la HTA produce el mismo efecto ³⁴⁵. Factores cuya presencia se asocia a un empobrecimiento de la CV en la HTA son problemas emocionales y de sueño,

síntomas cardíacos y sequedad de boca ^{345, 404}. El tratamiento farmacológico tiene influencia en la salud percibida, mejorando globalmente la CV, aunque la aparición de efectos colaterales mengua la eficacia de este logro ^{345, 403, 405, 406}.

5.7.2.3.-Calidad de vida, patrones funcionales y actividades de la vida diaria con limitación.

Resulta en extremo sorprendente que en el modelo multivariante del NHP de nuestro estudio no se incluyese el número de patrones con disfunción, ya que en otros muchos estudios se encuentra una asociación franca entre la CV y el estado funcional, de tal manera que el empeoramiento del estado funcional se acompaña de una peor percepción de la CV ^{105, 114, 134, 143, 154, 155, 159, 165, 175, 180, 181, 213, 385, 407}. La ausencia de esta asociación en las personas inmovilizadas no pudo deberse a una falta de sensibilidad del NHP, ya que muchos de estos estudios utilizan el mismo instrumento que nosotros para medir la CV ^{165, 213, 385}, y el NHP ha demostrado correlación con instrumentos de medida de la capacidad funcional como pueden ser la escala de estado funcional de Karnofsky ³⁸⁵, el índice de medida de incapacidad de Barthel ²¹³, y la escala de minusvalía de Londres ²¹³. Además de igual forma que otros estudios, sí encontramos asociación entre la CV de las personas inmovilizadas y las actividades de la vida diaria con limitación, que no son sino la consecuencia del estado funcional ^{154, 159, 178}. De hecho, si se encontró una pequeña asociación entre el número de patrones con disfunción y las AVD con limitación, asociación que no se transmitía a la CV. La evidencia de estos resultados nos lleva a pensar que el número de patrones con disfunción no puede emplearse como indicador del estado funcional en las personas inmovilizadas. Las consecuencias son preocupantes, ya que la actividad enfermera en la atención a las personas inmovilizadas está centrada en el estado funcional. Es necesario que exista un indicador del estado funcional de la persona inmovilizada que provenga de la valoración de enfermería, lo que permitirá al profesional monitorizar la evolución de la persona a la que está atendiendo y al EAP evaluar los resultados de su actuación en el programa de salud. Además, la necesidad de la incorporación de la evaluación de la CV en la metodología de trabajo concierne también a las enfermeras ⁴⁰⁸.

En este sentido, nuestro grupo de investigación ha abierto una línea de trabajo para tratar de esclarecer estas dudas. Mientras estos u otros estudios no se finalicen, es obligada la prudencia en la emisión de conclusiones. Es conveniente aceptar los numerosos indicios resultantes de la valoración funcional de personas inmovilizadas encontradas en otras investigaciones y junto con los hallazgos encontrados en nuestro estudio del intenso deterioro funcional global de las personas inmovilizadas, y de la asociación de los resultados del NHP con la limitación de las AVD, admitir que el estado funcional y sus consecuencias, las actividades de la vida diaria con limitación, tienen gran influencia en la CV. Son necesarias estrategias que preserven y mejoren el estado funcional ⁴⁰⁹, y aunque la forma

en la que los profesionales de la salud pueden llevar a cabo este objetivo es aún muy controvertido y se precisa de estudios que identifiquen las intervenciones más efectivas, ya existen resultados exitosos en algunos programas que se centran directamente en la recuperación funcional ⁴⁰⁹⁻⁴¹¹.

5.7.2.4.-Calidad de vida y condiciones socioambientales.

Los resultados de la asociación de la CV con el tipo de convivencia y el nivel de escolaridad de otros estudios son contradictorios ^{155, 165, 209, 240, 412}.

Los ingresos económicos son considerados clásicamente como un factor asociado a la CV ¹⁵⁵. En la población general de PEMI65 se encuentra mayor asociación entre la disminución de la clase social y el empeoramiento de los resultados en el NHP que la encontrada en nuestra población de personas inmovilizadas al considerar el nivel de ingresos económicos. Sin embargo, llama la atención la coincidencia de todos los estudios, incluido el nuestro, en señalar la importante diferencia encontrada entre los resultados del NHP en el grupo económicamente más desfavorecido y los demás. Ello indica que los ingresos económicos son un factor que tiene su auténtica influencia en la CV cuando alcanza un nivel por debajo del umbral de la pobreza. Estos resultados se atribuyen en parte a la mayor prevalencia de enfermedad en este grupo ^{200, 234, 240, 412-414}.

Aunque las personas inmovilizadas de nuestro estudio que tenían la vivienda en alquiler solo mostraban resultados levemente peores en el NHP que las que eran propietarias, en otro estudio se encuentra que no ser el propietario se acompaña de un franco empeoramiento de la CV, y se propone como un factor socioeconómico buen predictor de distrés ⁴¹². La propiedad de la vivienda en la que se vive se asocia a su vez con menor mortalidad ⁴¹⁵. La explicación a la asociación entre la CV y la propiedad de la vivienda es compleja, y se vincula con el hecho de que la propiedad de la vivienda representa mayores ingresos y recursos económicos, así como a la sensación de seguridad, y a la más frecuente residencia en determinados barrios ⁴¹⁶.

De igual forma a como se observó en nuestra investigación, algunos de los estudios consultados encuentran asociación entre la CV y las condiciones de la vivienda, especialmente con la ausencia de calefacción y la presencia de humedades ⁴¹⁷⁻⁴²⁰. Otro estudio, sin embargo, no encuentra asociación entre las condiciones de equipamiento y los resultados del NHP ¹⁶⁵.

5.7.2.5.-Calidad de vida, depresión y síntomas depresivos.

Es ya sobradamente conocido que la depresión es frecuente en las personas mayores,

y que está asociada a limitaciones en las relaciones y el rol sociales^{31, 264, 421-424}, y varios estudios apoyan la hipótesis 'buffer' con la que se acepta que el soporte social protege contra el desarrollo de trastornos psiquiátricos (y con mayor intensidad de depresión) cuando la persona se encuentra sometida a estresores⁴²⁵. Otros estudios encuentran que existe una pronunciada disminución del bienestar y el funcionamiento de las personas con depresión^{175, 426, 427}, que la disminución de la capacidad funcional se acompaña con elevada frecuencia del desarrollo de depresión⁴²⁸ y, pese a la evidencia del deterioro del estado funcional que acompaña a este problema de salud^{264, 349, 427, 429, 430}, existe aún una tendencia por parte de muchos profesionales de la salud a contemplar las limitaciones asociadas con la depresión como más subjetivas o con menor significación clínica que las que se asocian a enfermedades crónicas incapacitantes. El impacto de la depresión en la calidad de vida es sustancialmente mayor en las personas mayores⁴²⁶. Se conoce a su vez que la depresión se asocia a las enfermedades crónicas^{176, 180, 181, 421, 431-434}, que esto ocurre en mayor grado en las personas mayores⁴³⁵, que la evolución de estas enfermedades es peor en presencia de depresión⁴³⁵, y que se acompaña de mayor mortalidad³¹. También se conocen innumerables estudios que investigan la CV en las enfermedades crónicas. Sin embargo, se encuentran pocos estudios que aborden conjuntamente la CV, la depresión y otras enfermedades crónicas^{134, 180, 181}. La depresión se asocia a la percepción de un peor estado de salud¹⁷⁸, y la presencia de depresión en enfermos crónicos se acompaña de disminución de la supervivencia³⁶⁴. El sentimiento de anhedonia y la baja autoestima son factores con una elevada asociación a la disminución de la calidad de vida, aunque no son conceptos iguales^{436, 437}.

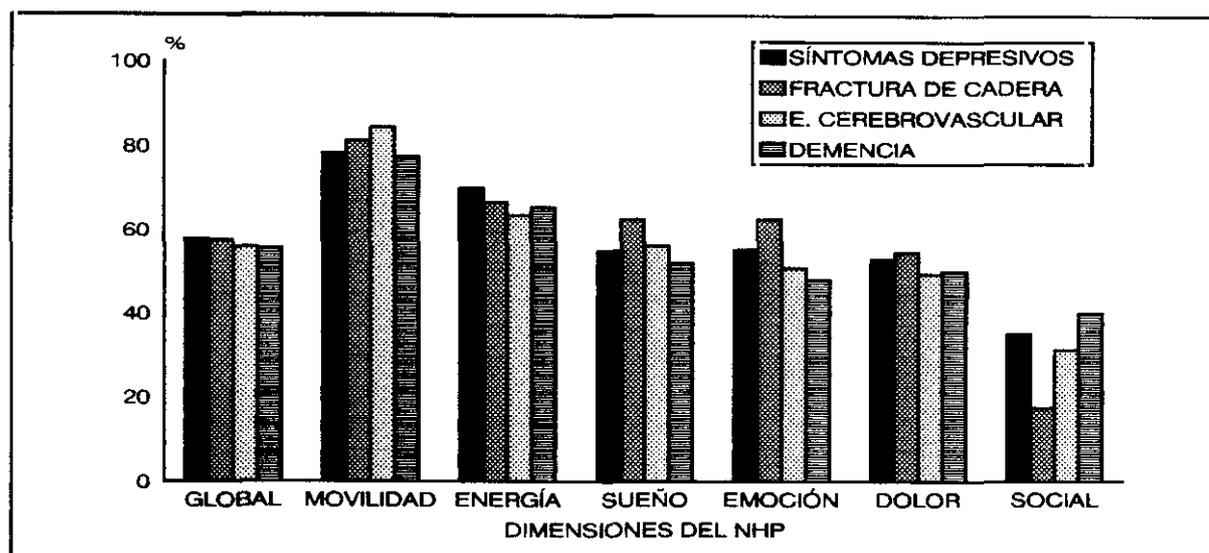
En otros estudios se comprueba la correlación de los resultados del NHP con otros instrumentos utilizados para el despistaje o el diagnóstico de la depresión o de la presencia de síntomas depresivos (sección de depresión del GHQ, Beck Depresión Inventory, dimensión de depresión del Symptom Rating Test, escala de depresión autoaplicada de Zung, Mood Adjective Check List, Hopelessness Scale, Hopkins Symptom Check List)^{209, 210, 216, 332, 341, 375}. Además se sabe que resultados elevados en el NHP se acompañan de una peor evolución de los trastornos depresivos⁴³⁸.

La utilización del modelo multivariante (Tabla 4.7.3.1) nos permitió también investigar cual era la influencia que tenían en la CV de las personas inmovilizadas otros factores que, en otras poblaciones y utilizando el mismo instrumento (NHP), se asocian en mayor o menor grado con la CV. Se encontró que la presencia de síntomas depresivos y la limitación en las actividades de la vida diaria eran las variables que explicaban las variaciones en la CV, mientras que las otras variables perdían su influencia en esta población de personas inmovilizadas. La ecuación de regresión también nos permitió averiguar el valor teórico del resultado global del NHP (31,2%) a partir del cual se superaría el punto óptimo de corte del CBB (0.060), sin considerar la influencia que pudiera tener la presencia de actividades de la vida diaria con limitación. La presencia de síntomas depresivos se acompañó también de peor

resultado en todas las dimensiones del perfil de salud y, a la inversa, las dimensiones que verdaderamente explicaron la variabilidad en el CBB fueron 'problemas emocionales' y 'disminución de la energía', lo que entra dentro de lo esperado para un problema de salud que, como la depresión, cursa con sintomatología propia de estas dimensiones del estado de salud. Resultados similares en otro estudio que ha utilizado un instrumento para la detección de depresión distinto al CBB (General Health Questionnaire: GHQ) lleva a otros autores a sugerir que las dimensiones 'dolor físico' y 'disminución de la movilidad' son las que influyen menos en la variabilidad del resultado del instrumento ³⁵⁷.

En nuestro estudio se encontró que el 49.4% de las personas inmovilizadas superaban el punto de corte óptimo del CBB. Estas personas que presentaban síntomas depresivos tuvieron unos resultados muy altos en el NHP, muy superiores a los de las personas que no presentaban síntomas depresivos tanto en el resultado global como en las seis dimensiones del perfil (Gráfico 4.7.3.8.9), e incluso superiores a los que obtuvieron personas que padecen los problemas de salud que se acompañan de menor CV: fractura de cadera, enfermedad cerebrovascular o demencia (Gráfico 5.7.2.5.1).

Gráfico 5.7.2.5.1
 Comparación entre el resultado del NHP de las personas inmovilizadas que presentan síntomas depresivos y los problemas de salud que más deterioran la calidad de vida.



También se observó que en cada problema de salud la CV empeoraba en gran medida al presentarse sintomatología depresiva (Gráfico 4.7.5.8.10) y al estudiar este fenómeno con mayor detenimiento, se observó además que la presencia de síntomas depresivos tendía a disminuir las diferencias que entre los resultados del NHP presentaron los problemas de salud, lo que puede explicarse si la presencia de estos síntomas pasa a ocupar un papel predominante en la CV, encubriendo el posible impacto que otros factores

presentes y propios de cada uno de los problemas de salud puedan producir.

La asociación entre la presencia de síntomas depresivos (estudiada con este mismo instrumento de medida: CBB) y un gran empobrecimiento de la CV (estudiada mediante el Medical Outcomes Study Instrument) comparable al que presentan las enfermedades crónicas más incapacitantes se demuestra en otros estudios, en los que también se comprueba que el impacto de las enfermedades crónicas y de los síntomas depresivos sobre la CV es aditivo y sin presentar interacción ^{134, 175, 180, 181}.

La presencia de depresión en las personas inmovilizadas se acompaña además de la aparición de morbilidad psíquica en sus propios cuidadores ^{19, 20, 391, 439, 440}, que es per se un nuevo e importante problema, y con el que también la calidad del cuidado se deteriora, revertiendo el efecto a su vez en la persona inmovilizada que lo acusa con un mayor detrimento de la CV, cerrándose así un circuito de retroalimentación que deteriora progresivamente la atención de estas personas ⁴⁴¹.

Podría argumentarse que la autopercepción, o más concretamente, la información que transmiten las personas inmovilizadas sobre su estado de salud, no es fiable, basándose en las opiniones de algunos autores que dicen que esto es consecuencia de que los pacientes con síntomas depresivos presentan un pesimismo fuera de la realidad ⁴⁴². Sin embargo, se encuentra que existe una fuerte asociación entre la presencia de síntomas depresivos y el número de días de encamamiento ^{175, 180}, que es considerado habitualmente un buen indicador de morbilidad ⁴⁴³, y que prueba que aunque la valoración que hagan estos pacientes de su estado de salud pudiera ser en cierto grado irrealista, las consecuencias son de cualquier modo muy considerables.

Esto nos lleva irremediablemente a la encrucijada del paradigma para definir la depresión, al comprobar como en las personas inmovilizadas existe casi una cuarta parte que pese a presentar síntomas depresivos no cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo específico y, sin embargo, su CV es tan mala o peor que la de otras personas que presentan las enfermedades crónicas más incapacitantes, tal y como se encontró en nuestro estudio en las personas inmovilizadas (y como se encuentra en el Medical Outcomes Study en otra población distinta) ^{134, 175, 180, 181}, y al saber que estas personas con síntomas depresivos, aún en ausencia de un trastorno depresivo específico, tienen un pobre estado funcional ^{180, 444, 445}.

A pesar de las dificultades que entraña la valoración de la depresión en el ámbito de la atención primaria ^{338, 446}, a la vista de estos resultados es obvio que los profesionales de la salud que atienden a las personas inmovilizadas, no solo no pueden despreciar la presencia de síntomas depresivos ante la ausencia de criterios diagnósticos, sino que deben tratar de buscarlos activamente y con prioridad mediante los instrumentos precisos en la valoración inicial y continuada del estado de salud de estas personas ⁴⁴⁷, para lo cual puede ser útil el CBB u otros instrumentos desarrollados específicamente para personas mayores ^{448, 449}, y estudiar a continuación las posibilidades terapéuticas que puedan llevarse a cabo y

aplicarlas. En este sentido, es también necesario vencer algunos de los mitos comunes y falsos sobre la depresión en las personas mayores, como son el que la edad es por sí misma una causa natural de depresión, que las personas mayores toleran peor las pérdidas, que la depresión en personas mayores no responde bien al tratamiento, o que el tratamiento es demasiado peligroso para estas personas ³¹. El tratamiento de la depresión, tanto farmacológico como psicoterápico, se ha mostrado muy eficaz en las personas mayores, mejorando además el pronóstico de los otros problemas de salud. El abordaje preventivo farmacológico y psicoterápico también ha demostrado ser eficaz, por lo que puede ser tenido en cuenta en grupos específicos de riesgo ⁴⁵⁰. El tratamiento antidepresivo mejora la calidad de vida ⁴⁵¹. De igual forma, debe valorarse el impacto que los efectos colaterales de los tratamientos puedan tener sobre la calidad de vida ⁴⁵². Sin estas consideraciones, los resultados de la ejecución de los programas de atención a personas inmovilizadas no serán satisfactorios si, tal y como se debe exigir, vienen en gran medida expresados como mejoras en la CV y el estado funcional de estas personas (lo que es decir en su sufrimiento) y en la disminución de los costes económicos derivados de las cargas familiares y la utilización de recursos sociosanitarios.

En las personas con problemas crónicos de salud se subraya la necesidad del soporte psicosocial. Las intervenciones psicosociales diseñadas para este propósito se dividen en cinco categorías: actividades de prevención (diseñadas para evitar el desarrollo de los efectos predecibles secundarios al problema de salud o al tratamiento empleado); actividades de detección precoz (de las necesidades o problemas de las personas inmovilizadas, asumiendo que con las intervenciones tempranas se obtienen resultados terapéuticos superiores que con las retardadas); actividades restaurativas (referidas a las acciones empleadas cuando la curación es posible); actividades de soporte (rehabilitación dirigida a disminuir la incapacidad funcional); y actividades paliativas (cuando el tratamiento curativo no es efectivo y mantener o mejorar el bienestar es el objetivo predominante). El contenido de las intervenciones psicosociales pueden variar desde la información y la educación, hasta los programas terapéuticos más sofisticados que incluyen tratamientos directivos (comportamentales o cognitivos) o no directivos (dinámicos o de soporte), o intervenciones sociales económicas, de proporción de vivienda o equipamiento, transporte, etc.. Todas estas intervenciones pueden ser combinadas con el tratamiento farmacológico, fisioterapia, y terapias ocupacionales ⁴⁵³. Las distintas intervenciones psicológicas en personas que presentan graves enfermedades crónicas tienen resultados que dependen del problema abordado ^{454, 455}. Según diversos autores, la atención más personalizada es más eficaz en los problemas sexuales, el concepto de sí mismo, la angustia, y la fatiga; la atención estructurada muestra efectos positivos en la angustia y la depresión; las intervenciones comportamentales y la hipnosis son eficaces en síntomas específicos como la ansiedad, el dolor, las náuseas o los vómitos ⁴⁵⁴.

5.8.-VISITAS DOMICILIARIAS DEL PERSONAL SOCIOSANITARIO.

Sí en nuestro estudio el número trimestral medio de visitas domiciliarias a las personas inmovilizadas fué de 3.6, en otros Programas de atención domiciliaria se encuentra que este número se incluye en el intervalo 1.1-6.2^{32, 44, 69, 279, 281, 283, 288}

La relación entre la disminución de la CV y la elevada demanda de atención sanitaria ha sido probada en numerosos estudios^{165, 209, 243, 332}. En el nuestro la correlación entre la frecuencia de visitas y los resultados del NHP era mínima, y este resultado no se reflejó en el modelo multivariante. Una posible explicación es la obligación que imponen las 'normas técnicas mínimas' del servicio de atención domiciliaria de que la frecuencia de las visitas realizadas a cada persona incluida en el programa supere un mínimo establecido, independientemente del motivo de inclusión en el programa, de la gravedad de los problemas de salud, del número de actividades de la vida diaria con limitación, etc., y por lo tanto, de su CV, lo que probablemente eleve la frecuencia de visitas en las personas inmovilizadas con mayor CV por encima de lo esperado, produciendo un efecto 'suelo' que imposibilita la regresión. La escasa correlación observada entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el número de patrones con disfunción, variable que tampoco formó parte del modelo multivariante, puede ser explicada en parte por el mismo motivo. Asimismo, este hecho apoya la dudosa utilidad del número de patrones con disfunción como indicador del estado funcional de las personas inmovilizadas, tal y como ya se comentó en el apartado 5.7.2.3.

Al examinar la frecuencia de visitas en cada problema de salud, llama la atención que las frecuencias que se encontraron en la 'fractura de cadera', 'depresión' y 'neoplasia' son más de un 30% superiores a las de cualquiera de los otros problemas de salud. Aunque en el caso de la fractura de cadera y las neoplasias, la razón viene determinada por las necesidades de atención domiciliaria clásicas (dolor e inmovilidad grave de las fracturas sobre todo en el periodo inicial, y aparición de dolor complicaciones graves en el periodo terminal de las neoplasias), en el caso de la depresión, cuya elevada demanda de atención se prueba también en otros estudios³³², la explicación no parece tan evidente. La presencia de síntomas depresivos, además, duplicó la frecuencia trimestral media de visitas en nuestro estudio, y en algunos problemas de salud como la diabetes o la enfermedad cardíaca la frecuencia se triplicaba cuando los síntomas depresivos se encontraban presentes (Gráfico 4.8.4).

5.9.-RESUMEN DE LOS HALLAZGOS MÁS RELEVANTES Y RECOMENDACIONES.

Entre las observaciones discutidas en este apartado podemos destacar las siguientes:

-La inmovilidad es un estado de elevada frecuencia de presentación entre las personas mayores.

-Los porcentajes de captación de las personas inmovilizadas por los EAP del distrito

de Chamartín son bajos aunque se encuentran en rápido aumento.

-La tasa de inmobilizados aumenta con la edad, y lo hace muy intensamente a partir de los 80 años.

-La tasa de inmobilizados no se asocia al sexo de la persona.

-En las personas inmobilizadas se encuentra pluripatología muy frecuentemente.

-Los problemas de salud diagnosticados por el médico más relevantes en las personas inmobilizadas, desde la perspectiva de la frecuencia con la que se presentan, son las enfermedades articulares, la hipertensión arterial, la demencia, la enfermedad cardíaca, la enfermedad respiratoria y la diabetes.

-Los problemas de salud diagnosticados por el médico más relevantes en las personas inmobilizadas, desde la perspectiva de la frecuencia con la que son los principales responsables de la inmovilidad, son la enfermedad articular, la demencia, la enfermedad cerebrovascular, y la enfermedad cardíaca.

-Los problemas de salud diagnosticados por el médico más relevantes en las personas inmobilizadas, desde la perspectiva de impacto de su presencia sobre la inmovilidad, son la fractura de cadera, la enfermedad cerebrovascular y la demencia.

-La mitad de las personas inmobilizadas tienen síntomas de depresión. Los trastornos depresivos con criterios de DSM-III, se presentan en el 18% de las personas inmobilizadas, aunque se deja de diagnosticar en dos terceras partes de las personas la presentan.

-Las personas inmobilizadas presentan un elevado grado de deterioro funcional. Los patrones más frecuentemente alterados son 'actividad-ejercicio', 'autopercepción' y 'cognitivo-perceptual'. El número de patrones de Gordon con disfunción no es un indicador válido del estado funcional.

-Existe una elevada proporción de personas inmobilizadas que viven solas. La presencia de inmovilidad hace que muchas personas que hasta la aparición de este estado vivían solas o en pareja residan con su familia o en instituciones.

-El nivel de escolaridad no está relacionado con la presencia de inmovilidad.

-Una cuarta parte de las personas inmobilizadas se encuentran en estado de pobreza. De ellas, un elevado porcentaje tiene, además, que pagar un alquiler.

-Un 12% de las personas inmobilizadas reside en condiciones de hacinamiento pésimas.

-Los hogares de un 40% de las personas inmobilizadas carecen de alguna condición de equipamiento. Las condiciones que se encuentran ausentes con mayor frecuencia son el ascensor, la calefacción y la presencia de humedades.

-En la valoración de las personas inmobilizadas, además de los aspectos físicos, funcionales, y sociales, debe evaluarse el estado psíquico y la calidad de vida.

-El NHP es un instrumento válido para utilizar en las personas inmobilizadas, tanto en la evaluación del estado de salud, como en la monitorización de las intervenciones.

-La calidad de vida de las personas inmobilizadas es pésima, y aunque afecta a todas

las dimensiones medidas por el Perfil de salud de Nottingham (NHP), las que mayor deterioro presentan son las relaciones sociales, la movilidad y la energía.

-Las personas inmovilizadas presentan gran limitación en todas las actividades de la vida diaria (AVD). Las AVD más afectadas son las actividades del hogar y la vida social. La actividad laboral y la vida sexual son AVD cuya medida en las personas inmovilizadas no se debe realizar con el NHP.

-La limitación en las AVD se correlaciona con el deterioro de la calidad de vida de las personas inmovilizadas.

-La presencia de síntomas depresivos es la variable que se correlaciona mejor con el deterioro de la calidad de vida de las personas inmovilizadas.

-La calidad de vida de las personas inmovilizadas no se asocia con la edad, el sexo, ni el estado civil.

-La calidad de vida global y todas las dimensiones consideradas se encuentran muy deterioradas en los siguientes problemas de salud de las personas inmovilizadas: fractura de cadera, depresión, neoplasia, enfermedad cerebrovascular, diabetes, demencia, enfermedad cardíaca, enfermedad de Parkinson, hipertensión arterial y enfermedad articular.

-Después de la fractura de cadera, la depresión es el problema de salud que se acompaña de peor calidad de vida.

-Sin pomenorizar aquí para todos los problemas de salud, puede afirmarse que cada uno de ellos presenta un particular perfil de las dimensiones de la calidad de vida estudiadas, que orienta hacia intervenciones específicas para cada problema de salud.

-El número de patrones de Gordon con disfunción no se asocia con la calidad de vida en las personas inmovilizadas.

-La calidad de vida de las personas inmovilizadas no se asocia al tipo de convivencia ni al nivel de escolaridad.

-El nivel de ingresos económicos se asocia a un deterioro importante de la calidad de vida en las personas inmovilizadas cuando se sitúa por debajo del nivel de pobreza.

-Tanto los trastornos depresivos con criterios DSM-III como los síntomas de depresión, producen un deterioro importante de la calidad de vida de las personas inmovilizadas.

-La aparición de síntomas depresivos en cualquiera de los problemas de salud en las personas inmovilizadas, empeora enormemente los resultados del NHP.

-Cuando los resultados del NHP superan el 31%, existe una elevada probabilidad de que se encuentre presente un trastorno depresivo en las personas inmovilizadas.

-La demanda de visitas domiciliarias es notablemente mayor en las personas inmovilizadas con síntomas depresivos. La depresión se acompaña de una frecuencia de visitas similar a otros problemas graves de salud, como las neoplasias o la fractura de cadera. En la mayoría de los problemas de salud la presencia de síntomas depresivos hacen que la frecuencia de visitas se incremente.

Como consecuencia de estos hallazgos, sugerimos las siguientes recomendaciones:

-La captación de personas inmovilizadas para su inclusión en los programas de atención domiciliaria debe promoverse activamente desde los EAP, hasta alcanzar las tasas de prevalencia. La investigación de la inmovilidad debe hacerse prioritariamente en todas las personas mayores de 80 años residentes en las zonas básicas de salud, y en todas las que viven solas.

-En la evaluación del estado de salud de las personas inmovilizadas debe considerarse la existencia de pluripatología, y mejorar la captación de problemas de salud que pueden tener repercusiones posteriores en la evolución como la hipertensión arterial (con la toma de tensiones), las enfermedades articulares (con la exploración física), la diabetes (con la realización de glucemias capilares) o el deterioro cognitivo (aplicando el Mini-mental state examination de Folstein, por ejemplo).

-Es preciso que en la evaluación del estado de salud de las personas inmovilizadas se busque activamente la presencia de síntomas de depresión, y si fuese preciso, con la ayuda de un instrumento de despistaje, para mejorar los índices de captación de depresión. Además, las intervenciones dirigidas al tratamiento de este problema de salud debe abarcar tanto a la presencia de síntomas de depresión como la depresión con criterios plenos del DSM-III.

-A las personas inmovilizadas que viven solas deben procurárseles prioritariamente los recursos sociales disponibles en cuanto los precisen: ayuda domiciliaria voluntaria, del ayuntamiento, contratada, tele-alarma, o promover su desplazamiento a otro domicilio o residencia en el que pueda recibir atención. Y a las personas inmovilizadas en estado de pobreza, con hacinamiento o condiciones inadecuadas de la vivienda, los recursos y ayudas económicas, que los trabajadores sociales de los EAP en ocasiones consiguen tramitar.

-Las intervenciones encaminadas a preservar o mejorar la calidad de vida de las personas inmovilizadas deben dirigirse sobre cada una de las dimensiones estudiadas, y comprobar los resultados en términos de mejora de la capacidad funcional y por tanto de las AVD. Si es factible, el objetivo prioritario debe ser conseguir que la persona pueda mejorar su inmovilidad hasta alcanzar la posibilidad de salir de su domicilio.

-En la valoración de la calidad de vida de cada problema de salud, y en las intervenciones a realizar, además de las comunmente consideradas, pueden hacerse algunas recomendaciones sobre factores que se asocian a mejores resultados expresados en términos de calidad de vida:

-En la valoración de la enfermedad cerebrovascular, la disfasia, el dolor, el aislamiento social, y la afectación del hemisferio derecho se acompañan de un deterioro mayor de la calidad de vida. Intervenciones prioritarias son la rehabilitación precoz de todas las áreas (incluidas la motora, conciencia espacial y el lenguaje), la recuperación de AVD básicas (sobre todo el aseo), y el alivio farmacológico del dolor.

-En la enfermedad respiratoria, centrar la valoración y las intervenciones más en los

síntomas de disnea y en las alteraciones del sueño que en los resultados de la gasometría, el flujo espiratorio máximo o la causa de la insuficiencia respiratoria.

-En la enfermedad de Parkinson, la valoración de los problemas emocionales, la intervención fisioterápica y el ajuste meticuloso de la medicación, con la tendencia prioritaria a sacrificar la mejora sintomática en pos de evitar la aparición de discinesias y otros efectos adversos.

-En la enfermedad articular, la valoración del dolor, la limitación funcional, y los trastornos del sueño, mejor que las radiografías, y la intervención dirigida prioritariamente a disminuir el dolor, farmacológica o quirúrgicamente, la rehabilitación de la movilidad, y los trastornos del sueño.

-En la valoración de la enfermedad cardíaca, la fatiga, la disnea, el dolor, los problemas de sueño, y la ansiedad, mejor que los resultados exploratorios, del ECG, la cateterización cardíaca, o la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. La intervención, farmacológica o quirúrgica, para reducir el dolor, la fatiga, la disnea, y mejorar la ansiedad y el sueño.

-En las neoplasias, la valoración de algunas de las secuelas derivadas de las intervenciones médicas o quirúrgicas (mastectomía, disfasia, ileostomía, cicatrices cutáneas, dolor, náuseas, alopecia), problemas emocionales, alteraciones del sueño, el debilitamiento físico, y prioritariamente, también a la hora de la intervención, el dolor.

-En la diabetes, valorar la disnea, vértigo, dolor en los miembros superiores, problemas circulatorios en los pies, síntomas de neuropatía, dolor anginoso, alteraciones visuales, aumento de peso, deterioro cognitivo, y problemas emocionales. La calidad de vida a largo plazo se asocia a un buen control glucémico pero, a corto plazo, el control estricto puede incluso disminuirlo, sobre todo con la aparición de efectos secundarios farmacológicos, hipoglucemia, o la reducción de la vida social consecuencia de las dietas rígidas.

-En la fractura de cadera, la valoración del dolor, problemas emocionales, aislamiento social, y complicaciones de la fractura, mejor que el tipo de fractura. Rehabilitación consistente en un alta hospitalaria temprana y la iniciación precoz de la deambulación y la reducción sucesiva de las ayudas para deambular, e intervención drástica para reducir el dolor.

-En la hipertensión arterial evitando, sobre todo, los efectos secundarios del tratamiento.

-Los cuidadores habituales de las personas inmovilizadas deben recibir formación específica para realizar su función, así como atención por los propios profesionales de la salud, con objeto de preservar también su calidad de vida.

-Es preciso desarrollar un indicador del estado funcional de las personas inmovilizadas a partir de los patrones de Gordon. Si eso no fuese posible, la metodología de trabajo con este sistema de valoración debe modificarse todo lo que sea necesario hasta que exista una correlación entre la percepción de la enfermera y la de la persona inmovilizada.

-En las personas inmovilizadas es necesaria la valoración de la calidad de vida, y el Perfil de salud de Nottingham es un instrumento válido. A pesar de ello, y como ocurre con cualquier instrumento que evalúa la salud percibida, debe tenerse en cuenta que una cuarta parte de las personas no podrán ser evaluadas por presentar deterioro cognitivo. Para estos casos, se precisa del desarrollo de instrumentos que permitan acceder al conocimiento de la calidad de vida a través de sus cuidadores u otras personas. Mientras tanto, pueden utilizarse estimaciones a partir de las AVD con limitación que presenten, que han probado su correlación con el NHP, o comparando y estimando los resultados disponibles del NHP en otras poblaciones para los problemas específicos de salud que presente la persona inmovilizada.

-Si se utiliza la segunda parte del NHP para valorar la limitación de las AVD, debe prescindirse de las 'actividad laboral' y 'vida sexual', y estudiar estas AVD con otros medios.

6.- CONCLUSIONES

6.-CONCLUSIONES.

1.-La inmovilidad es un estado de elevada frecuencia entre las personas mayores. Su prevalencia se asocia al aumento de la edad, y con mayor intensidad por encima de los 80 años, y no se asocia al sexo ni al estado civil.

2.-Las personas inmovilizadas presentan patología múltiple. Los problemas de salud detectados por los médicos que se presentan con mayor frecuencia son la enfermedad articular, la hipertensión arterial, la demencia, la enfermedad cardíacas, la enfermedad respiratoria y la diabetes. Los que con mayor frecuencia son los principales responsables de la inmovilidad son la enfermedad articular, la demencia, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad cardíaca. Los que producen un mayor impacto sobre la inmovilidad son la fractura de cadera, la enfermedad cerebrovascular y la demencia.

3.-La valoración de enfermería muestra que estas personas presentan un elevado deterioro funcional, que afecta intensamente a todos los patrones y actividades de la vida diaria.

4.-Una elevada proporción de personas inmovilizadas se encuentra en estado de pobreza, viviendo solas, y con pésimas condiciones de equipamiento y hacinamiento en su vivienda.

5.-La mitad de las personas inmovilizadas tienen síntomas de depresión, de las cuales la mitad presentan criterios de trastorno depresivo según el DSM-III, y de éstas solamente una tercera parte es detectada por el médico. Es más frecuente la presencia de síntomas de depresión detectados mediante un instrumento específico que cualquier otro posible problema de salud.

6.-Las personas inmovilizadas presentan un gran deterioro de la calidad de vida, que afecta a todas las dimensiones estudiadas y sobre todo a las relaciones sociales, la movilidad y la energía.

7.-Los factores que mejor explican las variaciones en la calidad de vida son la presencia de síntomas depresivos y la limitación en las actividades de la vida diaria. No se encuentra asociación con la edad, el sexo, el estado civil, el tipo de convivencia, ni el nivel de escolaridad. Las condiciones socioambientales solo se asocian a un deterioro de la calidad de vida cuando alcanzan condiciones pésimas de pobreza o habitabilidad de la vivienda.

8.-Los problemas de salud que deterioran más la calidad de vida son la fractura de cadera, la depresión, la neoplasia, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad de Parkinson, la

diabetes y la enfermedad articular.

9.-En cualquier problema de salud la presencia de síntomas depresivos hace que la calidad de vida se deteriore enormemente.

10.-La demanda de visitas domiciliarias es notablemente mayor en las personas con síntomas depresivos, y la depresión se acompaña de una frecuencia de visitas similar a la de otros graves problemas de salud como la fractura de cadera o la neoplasia

REUNION DE LA COMISION DE LA CALIDAD DE LA VIDA

SITUAION: La calidad de vida de las personas mayores, minorizadas de los Institutos de la Ciudad de Madrid. Raúl Varguez

Miguel Mendo

OBTUVO POR LA CALIFICACION DE

Madrid, 23 de Febrero de 1996

El Presidente,

raulvarguez

El Vocal:

[Signature]

El Vocal:

[Signature]

El Vocal:

[Signature]

El Vocal: Secretaria

[Signature]

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

(formato según la normativa del comité internacional de editores de revistas médicas)⁴⁵⁸

- 1.-Eco Umberto. *Cómo se hace una tesis*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A., 1977.
- 2.-Campo S, Navarro M. *Nuevo análisis de la población española*, 2ª edición. Barcelona: Editorial Ariel S.A., 1992.
- 3.-Collado A. El proceso de envejecimiento español. *JANO* 1991; 40: 67-71.
- 4.-Nadal J. *La población española*, 4ª edición. Barcelona: Editorial Ariel S.A., 1991.
- 5.-Vázquez-Noguerol R, Cortés S, Espejo C, Ferrer C. Estudio del estado de salud de los ancianos del distrito de Salamanca. *Actas de las III Jornadas de Atención Primaria del Área 2*; 1993 Jun 19; Madrid. Madrid INSALUD-Área 2, 1993.
- 6.-Vázquez-Noguerol R, Ferrer C, Cortés S, Herrero E, Espejo C, Cassinello C. Evaluación de la capacidad funcional de los ancianos y sus factores asociados. *Medifam* 1994 Nov-Dic; 4: 276-83.
- 7.-Reizenstein P. The quality of care of the elderly. *Quality Assurance in Health Care* 1989; 1: 31-7.
- 8.-Gómez-Batiste X, Fontanals MD, Roigé P, García-Amejeiras MC, LLevadot MD et al. Atención de personas mayores con enfermedad y dependencia, enfermedades crónicas evolutivas incapacitantes y enfermos terminales. *Todo Hospital* 1992; 84: 17-26.
- 9.-Mercadé V, Morlans G. Calidad de vida en la asistencia geriátrica. *Quadern CAPS* 1990; (14): 47-50.
- 10.-Comelles JM. Construcción social de la cronicidad. *JANO* 1991; 40: 73-9.
- 11.-Heikkinen E. Le vieillissement de la population en Europe: incidences sur la santé. *Rapp Trimest Statist Mond* 1987; 40: 22-40.
- 12.-Guillén F. Atención geriátrica domiciliaria: presente y futuro. *Rev Clin Esp* 1992; 191: 403-4.
- 13.-Berk A, Paringer L, Mushkin SJ. The economic cost of illness: fiscal 1975. *Med Care* 1978; 16: 785-90.
- 14.-Rice DP, Hodgson TA, Kopstein AN. The economic costs of illness: a replication and update. *Health Care Financing Rev* 1985; 7: 61-80.
- 15.-Scanner (editorial). *El Médico* 1995 Oct 6; (582): 3.
- 16.-Wolinsky FD, Johnson RJ. The use of health services by older adults. *J Gerontol* 1991; 4: 5345-57.
- 17.-Rudberg MA, Fumer SE, Casel CK. Measurement issues in preventive strategies: past, present and future. *Am J Clin Nutr* 1992; 55: 1253S-6S.
- 18.-Heikkinen E, Watters WE, Brzezinsk ZJ. WHO Public Health in Europe nº 21. The elderly in eleven countries. A sociomedical survey. Copenhagen: WHO, 1983.
- 19.-Draper BM, Poulos CJ, Cole AM, Poulos RG, Ehrlich F. A comparison of caregivers for elderly stroke and dementia victims. *JAGS* 1992; 40: 896-901.
- 20.-Pound P, Gompertz P, Ebrahim S. Development and results of a questionnaire to measure carer satisfaction after stroke. *J Epidemiol Commun Health* 1993; 47: 500-5.
- 21.-Steel K. Home care for the elderly. The new institution. *Arch Intern Med* 1991; 151: 439-42.
- 22.-Koren MJ. Home care. Who cares? *N Engl J Med* 1986; 314: 917-20.
- 23.-Hedrick SC, Invi TS. The effectiveness and costs of home care: an information synthesis. *Health Serv Res* 1986; 20: 851.
- 24.-Otero A. Aplicaciones de la epidemiología a la planificación sanitaria. *Atención Primaria* 1993; 10: 633-4.
- 25.-Subdirección General de Atención Primaria. Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe de la subcomisión de atención primaria. Madrid: INSALUD. Servicio de Documentación y Publicaciones 1991 Marzo. Publicación nº 1618.
- 26.-Ministerio para las Cortes. Ley 14/1986, de 25 de Abril, Ley General de Sanidad. *Boletín oficial del estado español* 1986

Martes 29 de Abril.

27.-Ministerio para las Cortes. Real Decreto 137/1984, de Estructuras Básicas de Salud. Boletín oficial del estado español 1984 Miércoles 1 de Febrero.

28.-Wieland D, Ferrel BA, Rubenstein LZ. Geriatric home health care: conceptual and demographic considerations. Clin Geriatr Med 1991; 7: 645-65.

29.-WHO. Informe sobre la asamblea mundial sobre envejecimiento. New York: Ed. United Nations Publications, 1982.

30.-Kane RL. Perceived progress in aging: the results of a Delphy survey of international experts. En: Kane RL, Grimley J, Macfadyen D, editores. Improving the health of older people: a world view. Oxford: Oxford University Press, 1990: 1-11.

31.-Besdine RW. The maturing of geriatrics (editorial). N Eng J Med 1989; 320: 181-2.

32.-Zimmer JG, Groth-Junker A, McCusker JA, A randomized controlled study of a home health care team. Am J Public Health 1985; 75: 134.

33.-Jeanneret ML, Baussand L, Weber I. Les obstacles au maintien a domicile des personnes agees. Schweiz Rundsch Med Prax 1989; 78: 429-31.

34.-Boullón C, Bordallo JR, Rollan MA, Azpeitia C. Análisis descriptivo de las visitas domiciliarias a demanda del centro de salud de Pozuelo de Alarcón. Atención Primaria ; 6: 87-92.

35.-Chalis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: I. The model of care. Age and Ageing 1991; 20: 236-44.

36.-Salgado A, Mohino JM, Valle I, Andrés ME Moriano P, Baragaño A. Asistencia primaria a domicilio. Asistencia geriátrica a domicilio. Hospitalización a domicilio. Rev Esp Geriatr Gerontol 1986; 21: 105-12.

37.-Cruz AJ. La asistencia geriátrica a domicilio: un beneficio para muchos. Modern Geriatrics (Ed. española) 1991; 3: 347-8.

38.-Caballero JC, Espina FJ. Asistencia geriátrica domiciliaria (UMAD): experiencia piloto en Bilbao. Rev Esp Geriatr Gerontol 1987; 22: 301-7.

39.-Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: Conceptos, métodos, estrategias (2ª edición). Barcelona: Massón, 1989.

40.-Pineda R, Martínez JM, Rodríguez P. Informe sobre la atención a la tercera edad en diferentes países europeos (1). Rev Esp Geriatr Gerontol 1990; 25: 37-44.

41.-Pineda R, Martínez JM, Rodríguez P. Informe sobre la atención a la tercera edad en diferentes países europeos (2). Rev Esp Geriatr Gerontol 1990; 25: 110-118.

42.-Salgado A, Guillén F. Manual de geriatría. Barcelona: Editorial Salvat, 1990.

43.-Braun KL, Rose CL. Geriatric patients outcomes and costs in three settings: nursing home, foster family and own home. J Am Geriatr Soc 1987; 35: 387-97.

44.-Serra JA, Rexach L, Cruz AJ, Gil P, Ribera JM. Asistencia geriátrica domiciliaria: veinte meses de experiencia. Rev Clin Esp 1990; 191: 405-11.

45.-González JI. Asistencia primaria a domicilio, hospitalización a domicilio, asistencia geriátrica a domicilio. Medicina Clínica 1992; 98: 44.

46.-González JI, Pérez J, Rodríguez L, Salgado A, Guillén F. Geriatría y asistencia geriátrica: para quién y cómo (II). Med Clin 1991; 96: 222-8.

47.-Villanueva JL, Ogea JL, Rivera FJ, Pérez JJ. La hospitalización domiciliaria: una alternativa en la asistencia sanitaria para los ancianos. Rev Clin Esp 1988; 183: 331.

48.-Fernández F, Delás J, Puigdollers JM. ¿Hay que ingresar en hospitales de agudos a los mayores de 75 años? Rev Clin Esp 1987; 181: 527-9.

49.-Masqué J, Lorenzo A, Fernández E, Sardá N. Papel de la atención primaria en las unidades de hospitalización a domicilio. Med Clin 1991; 97: 76.

- 50.-Segura JM, Bastida N, Martí N, González C. Atención domiciliaria: estudio previo a la implantación de un programa. *Atención Primaria* 1994; 14: 852.
- 51.-Barbero JJ, Llinares E, Mata R, Marsal E, Palacios R, Pascual C, et al. Análisis de la atención médica domiciliaria en siete centros de salud de la provincia de Alicante. *Atención Primaria* 1994; 13: 195-8.
- 52.-Porto B, Fernández M, Caramés S, Besada M, Fernández O, Hermida MJ. Atención domiciliaria a ancianos. *Rev Enferm* 1988; 11: 20-4.
- 53.-Boullón C, Bordallo JR, Azpeitia C, Rollán MA, Millán I. Estudio de las visitas a demanda a pacientes geriátricos en un centro de atención primaria. *Med Geriátrica* 1989; 2: 109-13.
- 54.-Buitrago F, Pozuelos G. Visitas domiciliarias durante 1987 en un centro de salud urbano. *Atención Primaria* 1988; 5: 371-7.
- 55.-Ministerio de Sanidad y Consumo. Contrato programa marco Ministerio Sanidad y Consumo-INSALUD 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
- 56.-Gerencia de Atención Primaria. Sector 2, INSALUD Madrid. Contrato Programa 1993. Madrid: Gerencia de Atención Primaria del Sector 2, INSALUD Madrid, documento interno, 1992.
- 57.-Gerencia de Atención Primaria. Sector 2, INSALUD Madrid. Contrato Programa 1994. Madrid: Gerencia de Atención Primaria del Sector 2, INSALUD Madrid, documento interno, 1993.
- 58.-Gerencia de Atención Primaria. Sector 2, INSALUD Madrid. Contrato Programa 1995. Madrid: Gerencia de Atención Primaria del Sector 2, INSALUD Madrid, documento interno, 1994.
- 59.-Ariño MD, Lahoz MJ, Cassorran I. Asistencia sanitaria en el domicilio: ¿quién la hace? ¿desde donde? ¿por qué? *Med Clin* 1992; 99: 77.
- 60.-Fernández F, Delás J, Puigdollers JM. Alternativas asistenciales en geriatría. *Rev Clin Esp* 1988; 183: 331-2.
- 61.-Subdirección General de Atención Primaria. Valoración de la cartera de servicios del equipo de atención primaria. Manual de procedimientos. Madrid: INSALUD. Secretaría General 1993. Publicación nº 1635.
- 62.-Subdirección General de Atención Primaria. Normas técnicas mínimas para los servicios de la cartera de atención primaria. Madrid: INSALUD. Secretaría General 1993. Publicación nº 1639.
- 63.-Dirección de Atención Primaria del Área-2 del INSALUD-Madrid. Programa de garantía de calidad. Madrid: Dirección de Atención Primaria del Área-2 del INSALUD-Madrid, 1994.
- 64.-Grieco AJ. Physician's guide to managing home care for older patients. *Geriatrics* 1991; 49-60.
- 65.-Michel JP, Stahelin HB. Enseignement de la gériatrie en Europe. *Med et Hyg* 1990; 48: 3307-9.
- 66.-American geriatrics society. Curriculum guidelines on the care of the elderly for internal medicine residency training programs. *Am J Med* 1991; 91: 449-52.
- 67.-Otero A, Carreira J, Villamor J. Nuevas tendencias en la enseñanza de la medicina. Evaluación de la rotación en centros de salud. *Atención Primaria* 1992; 9: 512-15.
- 68.-Smith JP. Nursing and health care in the twentieth century: myth, reality and dichotomy. *J Adv Nurs* 1986; (11): 127-32.
- 69.-Espinosa JM, Burgos ML, Muñoz F, Salazar JA. Programa de atención a pacientes incapacitados en un centro de salud. *Atención Primaria* 1992; 10: 761-5.
- 70.-Gil P. Ayuda a domicilio: una alternativa actual. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990; 25: 63-4.
- 71.-Breslow L. A quantitative approach to the WHO definition of health: physical, mental, and social well-being. *Int J Epidemiol* 1972; 1 : 347-55.
- 72.-Brook RH, Ware JE, Rogers WH. Does free care improve adults' health? *N Engl J Med* 1983; 309: 1426-34.
- 73.-Ware JE, Manning WG, Duan N, Wells KB, Newhouse JP. Health status and the use of outpatient mental health services. *Am Psychol* 1984; 39: 1090-100.
- 74.-Midon J. Voluntariado y ayuda a domicilio en geriatría. *Rev An Geriatr Gerontol* 1984; 2: 77-83.

- 75.-Francisco MA, Álvarez M, García A, Hernández A, Herrero E, Peña G, Villar E. Atención domiciliaria enfermera a inmobilizados, terminales y mayores de 65 años. Dirección de enfermería. Área 2 de Atención Primaria del INSALUD-Madrid; 1994 Mar; Documento interno
- 76.-Ministerio para las Cortes. Constitución española del 27 de Diciembre de 1978. Boletín oficial del estado español 1978 Viernes 29 de Diciembre.
- 77.-Cavanna G. Proyecto "+60 Prosperidad y sus mayores". Presentado en Centro "Nicolás Salmerón"; 1994 Nov 15; Madrid: Asociación de vecinos de Prosperidad, 1994.
- 78.-Ruiz-Ros V, Peris A, Llácer A, Peris MD. Bases conceptuales para el diseño de un instrumento de medida de la calidad de vida en los afectados por problemas de salud. Med Clin Barcelona 1993; 98: 41-8.
- 79.-Fletcher AE, Dickinson EJ, Philip I. Audit measures: quality of life instruments for everyday use with elderly patients. Age and Ageing 1992; 21: 142-50.
- 80.-Aranguren JL. Calidad de vida, calidad de muerte. Quadern CAPS 1990; (14): 67-8.
- 81.-Blanco-Abarca A. La calidad de vida: supuestos psicosociales. En: Morales JF, Blanco-Abarca A, Huici C, Fernández JM, editores. Psicología Social aplicada. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1985.
- 82.-Blanco-Abarca A, Chacón F. La evaluación de la calidad de vida. En: Morales JF, Blanco-Abarca A, Huici C, Fernández JM, editores. Psicología Social aplicada. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1985.
- 83.-Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life. Soc Sci Med 1981; 15: 107-115.
- 84.-García-Riño D, Ibañez E. Calidad de Vida en enfermos psíquicos. Rev Psiquiatría Fac Med Barma 1992; 19: 148-61.
- 85.-Bobes J, González P, Bousoño M, Suárez E. Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. Monografías de psiquiatría 1993 Nov-Dic; 5: 5-9.
- 86.-WHO. International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: WHO, 1980.
- 87.-Andrews FM, Withey SB. Social indicators of well-being. New York: Plenum Press, 1976.
- 88.-Viney LL, Westbrook MT. Measuring patient's experiences quality of life. Community Health Stud 1981; 5: 45-52.
- 89.-Torrance GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. J Chron Dis 1987; 40: 593-600.
- 90.-DeHaes JC, Knippenberg FC. Quality of life instruments for cancer patients. J Clin Epidemiol 1989; 42: 1239-41.
- 91.-Diener E. Subjective well-being. Psychological Bulletin 1984; 95: 542-75.
- 92.-Krause N. Stressful events and life satisfaction among elderly men and women. J Gerontol 1991; 46: 884-92.
- 93.-González P, Díaz J, Rodríguez F, Bobes J. Modelos de calidad de vida. Monografías de psiquiatría 1993 Nov-Dic; 5: 18-19.
- 94.-Taylor MC. Improved conditions, rising expectations and dissatisfaction: a test of the past-present relative deprivation hypothesis. Social Psychology Quarterly 1982; 45: 24-33.
- 95.-Michaelos AC. Multiple discrepancies theory. Social Indicators Research 1985; 16: 347-413.
- 96.-Bousoño M, González P, Pedregal J, Bobes J. Calidad de vida relacionada con la salud. Monografías de psiquiatría 1993 Nov-Dic; 5: 12-17.
- 97.-Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. Soc Indic Res 1978; 5: 475-92.
- 98.-Horley J. Life satisfaction, happiness, and morale. Gerontologist 1984; 24: 124-7.
- 99.-Alonso J, Antó JM. Instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud: características generales y proceso de adaptación transcultural. Quadern CAPS 1990 Nov; (14): 16-24.
- 100.-Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. Am J Epidemiol 1983; 117: 521-37.

- 101.-Patrick D, Bergner M. Measurement of health status in the 1990s. *Ann Rev Public Health* 1990; 11: 165-83.
- 102.-Patrick DL, Erickson P. What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Clin Nutr* 1988; 7: 53-63.
- 103.-Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research. *Med Care* 1989; 27: S148-56.
- 104.-Wiklund I, Lindvall K, Swedberg K, Zupkis RV. Self-assessment of quality of life in severe heart failure. *Scan J Psychol* 1987; (28): 220-25.
- 105.-Mor V. Cancer patients' quality of life over the disease course: lessons from the real world. *J Chronic Dis* 1987; 40: 535-44.
- 106.-Hanestad BR, Hornquist JO, Albrektsen G. Self-assessed quality of life and metabolic control in persons with insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM). *Scand J Soc Med* 1991; 19: 57-65.
- 107.-Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meenan RF, Nevins MA, et al. Health status assessment for elderly patients. *JAGS* 1988; 37: 562-9.
- 108.-Caveats J. Assessment in geriatrics. *JAGS* 1989; 37: 570-2.
- 109.-Siu AL, Hays RD, Ouslander JG, Osterwell D, Valdez RB, Krynski M, Gross A. Measuring functioning and health in the very old. *J Gerontol* 1993; 48: M10-4.
- 110.-González P, Bousoño M, González M, Pérez C, Bobes J. Evaluación de la calidad de vida. *Monografías de psiquiatría* 1993 Nov-Dic; 5: 20-32.
- 111.-Jamnan B. Identification of underprivileged areas. *Br Med J* 1983; 386: 1705-9.
- 112.-Schroll M, Ferry M, Lund Larsen K, Enzi G. Assessment of health: self-perceived health, chronic diseases, use of medicine. Euronut SENECA investigators. *Eur J Clin Nutr* 1991 ; 45 (supl 3): 169-82.
- 113.-Dossetor JB. La evaluación de la calidad de vida en las decisiones médicas. *Quadern CAPS* 1990; (14): 36-40.
- 114.-Bush TL, Miller SR, Golden AL, Hale WE. Self-report and medical record report agreement of selected medical conditions in the elderly. *Am J Public Health* 1989; 79: 1554-6.
- 115.-Spitzer WO. State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J Chron Dis* 1987; 40: 473-80.
- 116.-Hunt SM. European guide to the Nottingham Health Profile (preface). En: Alonso J, Hunt S, Niero M, Bucquet D, McKenna S, Wiklund I. European guide to the Nottingham Health Profile. Montpellier France: ESCUBASE, 1992.
- 117.-Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol* 1961; 16: 134-43.
- 118.-Ware JE, Brook RH, Davies AR, Lohr KN. Choosing measures of health status for individuals in general population. *Am J Public Health* 1981; 71: 600-25.
- 119.-Wilson RR. Do health indicators indicate health? *Am J Public Health* 1981; 71: 461-3.
- 120.-Alonso J, Antó JM, Prieto L. El Perfil de salud de Nottingham: spanish version. En: Alonso J, Hunt S, Niero M, Bucquet D, McKenna S, Wiklund I. European guide to the Nottingham Health Profile. Montpellier France: ESCUBASE, 1992.
- 121.-Fillenbaun G. Troisième age et bienêtre. OMS Offset Publ. n° 84. Approches d'une évaluation multidimensionnelle. Geneve: OMS, 1986.
- 122.-Williams A. El rol económico de los indicadores de salud. *JANO* 1986; 30 (712-Serie monográfica. H.M. n° 2): 529-35.
- 123.-Williams A. Los indicadores de calidad de vida en la distribución de recursos: los AVAC. *Quadern CAPS* 1990; (14): 25-31.
- 124.-Ortún V. Conclusiones de la reunión de trabajo sobre distribución de recursos sanitarios y calidad de vida. *Quadern CAPS* 1990; (14): 32-4.
- 125.-Drummond MF. Torrance's "Utility approach to measuring health-related quality of life". *J Chron Dis* 1987; 40: 601-3.
- 126.-Robinson R. Cost-utility analysis. *BMJ* 1993; 307: 859-62.
- 127.-Parkerson GR Jr, Broadhead WE, Tse CK. Quality of life and functional health of primary care patients. *J Clin Epidemiol*

- 1992; 45: 1303-13.
- 128.-Hunt SM, Alonso J, Bucquet D, Niero M, Wiklund I, McKenna S. Cross-cultural adaptation of health measures. *Health Policy* 1991; 19: 33-44.
- 129.-Pearlman RA, Jonsen A. The use of quality of life considerations in medical decision making. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 344-57.
- 130.-Morle KMF. Patient satisfaction: care of the elderly. *J Adv Nurs* 1984; 33: 344-57.
- 131.-Bonfill X. Cáncer y calidad de vida. *Quadern CAPS* 1990; (14): 51-5.
- 132.-Monrás P. Conclusiones de la reunión de trabajo sobre la evaluación de calidad de vida en el tratamiento del cáncer. *Quadern CAPS* 1990; (14): 56.
- 133.-Darnell A. La calidad de vida en la evaluación de las distintas alternativas terapéuticas en la insuficiencia renal terminal. *Quadern CAPS* 1990; (14): 57-62.
- 134.-Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262: 907-13.
- 135.-Hernández L, Carbonell C, Ramos J. Desarrollo de un índice de adaptación psicosocial de los enfermos renales crónicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1993; 21: 51-5.
- 136.-Carbonell C, Hernandez L; Ramos J. Variables asociadas a la adaptación psicosocial de los enfermos renales crónicos en tratamiento. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1993; 21: 1-4.
- 137.-Lentzner HR, Pamuk ER, Rhodenhiser EP, Rothenberg R, Powell Griner E. The quality of life in the year before death. *Am J Public Health* 1992; 82: 1093-8.
- 138.-Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 292-304.
- 139.-Idler EL, Kasl S. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? *J Gerontol* 1991; 46: S55-65.
- 140.-Roos NP, Havens B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *Am J Public Health* 1991; 81: 63-8.
- 141.-Mossey J, Shapiro E. Self rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982; 72: 800-8.
- 142.-Idler EL, Kasl SV, Lempke JH. Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, Iowa and Washington countries, Iowa 1982-1986. *Am J Epidemiol* 1990; 131: 91-103.
- 143.-Gorroñoigoitia A, Ibañez F, Olaskoaga A. Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. *Atención primaria* 1992; 10: 771-6.
- 144.-Pijls LTJ, Feskens EJM, Kromhout D. Self rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men. *Am J Epidemiol* 1993; 138 : 840-8.
- 145.-Hedrick SL, Barrand N, Deyo R. Working Group Recommendations: Measuring outcomes of care in Geriatric Evaluation and Management Units. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 485-525.
- 146.-Muller CH. Health status and survival needs of the elderly (editorial). *Am J Public Health* 1982; 72: 789-90.
- 147.-Bergner M. Measurement of health status. *Med Care* 1985; 23: 696-704.
- 148.-Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chron Dis* 1987; 40: 473-80.
- 149.-Mor V. Discussion: Wood-Dauphinee and Williams' "reintegration to normal living as a proxy to quality of life". *J Chron Dis* 1987; 40: 501-2.
- 150.-Fuhrer MJ, Rintala DH, Hart KA, Clearman R, Young ME. Relationship of life satisfaction to impairment, disability, an handicap among persons with spinal cord injury living in the community. *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73: 552-7.
- 151.-Martí M. Tecnología médica y calidad de vida (prólogo). *Quadern CAPS* 1990 Nov; 14: 4.

- 152.-Miller DK, Morley JE, Rubenstein LZ, Pietruzka FM, Strome LS. Formal geriatric assessment instruments and the care of older general medical outpatients. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 645-51.
- 153.-Ramsdell JW. Geriatric assessment in the home. *Clin Geriatr Med* 1991; 7: 677-93.
- 154.-Wood-Dauphinee S, Williams I. Reintegration to normal living as a proxy to quality of life. *J Chron Dis* 1987; 40: 491-9.
- 155.-Pearlman RA, Uhlmann RF. Quality of life in elderly, chronically ill outpatients. *J Gerontol* 1991; 46: M31-8.
- 156.-Ford AB, Folmar SJ, Salmon RB, Medalie JH, Roy AW, Galazcka S. Health and function in the old and very old. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 187-97.
- 157.-Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation. An approach to learning and teaching.* Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
- 158.-Thorsen H, McKenna SP, Gottschalck L. The Danish version of The Nottingham Health Profile: Its adaptation and reliability. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 124-9.
- 159.-Lassen LC. Connections between the quality of consultations and patient compliance in general practice. *Fam Pract* 1991; 8: 154-60.
- 160.-Grand A, Grosclaude P, Bocquet H, Pous J, Albaredo JL. Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural french population. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 773-82.
- 161.-Pearlman RA, Uhlmann RF. Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. *J Gerontol* 1988; 43: M25-30.
- 162.-Hunt A. *The elderly at home: a study of people aged sixty-five and over living in the community of England in 1976.* London: HMSO, 1978.
- 163.-Hunt SM, McKenna S. The Nottingham Health Profile: english source version. En: Alonso J, Hunt S, Niero M, Bucquet D, McKenna S, Wiklund I. *European guide to the Nottingham Health Profile.* Montpellier France: ESCUBASE, 1992.
- 164.-Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Perceived health: age and sex norms in a community. *J Epidemiol Community Health* 1984; 38: 156-60.
- 165.-Grimby A, Wiklund I. Health related quality of life in old age. A study among 76-year-old swedish urban citizens. *Scand J Soc Med* 1994; 22: 7-14.
- 166.-Hopton JL, Porter AM, Howie JG. A measure of perceived health in evaluating general practice: the Nottingham health profile. *Fam Practice* 1991; 8: 253-60.
- 167.-Alonso J, Ruigómez A, Antó JM. La salud de los ancianos en Barcelona. En: *Epidemiología del envejecimiento en España. Serie Grupos de Trabajo.* F.I.S.: Madrid, 1990.
- 168.-Harris H, Lipman A, Slater R. Architectural design: the spacial location and interactions of old people. *Gerontology* 1977; 23: 390-400.
- 169.-Moos RH., Lemke S. Assessing the physical and architectural features of sheltered care settings. *J Gerontol* 1980; 35: 571-83.
- 170.-Lemke S, Moos RH. Personal and environmental determinants of activity involvement among elderly residents of congregate facilities. *J Gerontol* 1989; 44: S139-48.
- 171.-Kahana E, Laing J, Felton BJ. Alternative models of person-environment fit: prediction of morale in three homes for the aged. *J Gerontol* 1980; 35: 584-95.
- 172.-Bland R, Bland RE. Recent research in old people's homes: a review of the literature. *Res Policy Plann* 1983; 1: 16-24.
- 173.-Bertin G, Niero M, Porchia S. L'adattamento del Nottingham Health Profile al contesto italiano. En: Alonso J, Hunt S, Niero M, Bucquet D, McKenna S, Wiklund I. *European guide to the Nottingham Health Profile.* Montpellier France: ESCUBASE, 1992.
- 174.-Rosser R. Historia del desarrollo de los indicadores de salud. *JANO* 1986; 30 (712-serie monográfica H.M. nº 2): 511-27.
- 175.-Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M. The functioning and well-being of depressed patients: Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262: 914-9.

- 176.-Cho MJ, Moscicki EK, Narrow WE, Rae DS, Locke BZ, Regier DA. Concordance between two measures of depression in the Hispanic and Nutrition Examination Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28: 156-63.
- 177.-Markides KS, Lee DJ. Predictors of well being and functioning in older Mexican American and Anglos: an eighth-year follow-up. *J Gerontol* 1990; 45: 69-73.
- 178.-Blazer DG, Houpt JL. Perception of poor health in the older adult. *J Am Geriat Soc* 1979; 27: 330-4.
- 179.-Ailinger RL. Self assessed health of hispanic elderly persons. *J Community Health Nurs* 1989; 6: 113-8.
- 180.-Tarlof AR, Ware JE, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. The medical outcomes study: An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA* 1989; 262: 925-30.
- 181.-Riesenberg D, Glas RM. The Medical Outcomes Study (editorial). *JAMA* 1989; 262: 943.
- 182.-Maguire P, Selby P. On behalf of the Medical Research Council Cancer Therapy Committee Working Party on Quality of Life: Assessing quality of life in cancer patients. *Br J Cancer* 1989; 60: 437-40.
- 183.-Duke university center for the study of aging and human development. Multidimensional functional assessment: the OARS methodology. Durham, North Carolina: Duke university, 1978.
- 184.-Gurland B, Kuriansky J, Sharpe L, Simon R, Stiller P, Birkett P. The CARE (comprehensive assessment and referral evaluation: rationale, development and reliability). *Int J Aging Hum Dev* 1977; 8: 9-42.
- 185.-Cabases J. La calidad de los servicios sanitarios desde la perspectiva económica. Ponencia presentada en las 4th Jornadas de debate sobre Sanidad Publica de Zaragoza 1-3 Nov 1985. Zaragoza, 1985.
- 186.-Coleman P. Assesing self esteem and it sources in elderly people. *Ageing Soc* 1984; 4: 117-35.
- 187.-Bradburn NM, Caplovitz D. Reports on happiness: a pilot study of behavior related to mental health. Chicago: Aldine, 1963.
- 188.-Chubon R. Development of quality of life rating scales for use in health-care evaluations. *Eval Health Prof* 1987; 10: 186-200.
- 189.-Powell-Lawton M. The Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale: a revision. *J Gerontol* 1975; 30: 85-9.
- 190.-Bush JW, Chenn MM, Patrick DL. Health status index in cost effectiveness: analysis of a PKU program. En: Berg RL. Health status indexes. Chicago: Hospital Research and Educational Trust, 1973: 172-94.
- 191.-Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL index for use by physicians. *J Chron Dis* 1981; 34: 585-97.
- 192.-Rosser R, Kind P. A scale of valuations of states of illness: is there a social consensus? *Internat J Epidem* 1978; 7: 347-58.
- 193.-Hughes B. Quality of life. En: Peace SM, ed. *Researching social gerontology*. London: Sage, 1990: 46-58.
- 194.-Alfonso JL, Sanchís B, Prado MJ. Valoración del estado de salud como calidad de vida. *Medicina Integral* 1991; 18: 139-42.
- 195.-Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994; 3: 385-93.
- 196.-Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gilson B. The sickness impact profile: a development and final revision of a health status measurement. *Med Care* 1981; 19: 787-805.
- 197.-Vázquez-Barquero JL, Arias MA, Pena C, Díez JF. El cuestionario "perfil de impacto de la enfermedad" (SIP): versión española de una medida del estado de salud. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1991; 19: 127-34.
- 198.-Badía X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Med Clin Barc* 1994; 102: 90-5.
- 199.-Hendricson WD, Russell IJ, Prihoda TJ, Jacobson JM, Rogan A, Bishop GD. An approach to developing a valid Spanish language translation of a health-status questionnaire. *Med Care* 1989; 27: 959-66.
- 200.-Bucquet D, Curtis S. Socio-demographic variation in perceived illness and the use of primary care: the value of community survey data for primary care service planning. *Soc Sci Med* 1986; 23: 737-44.
- 201.-Martín-Zurro A, Valls C. Conclusiones de la reunión de trabajo sobre la evaluación de la calidad de vida en la asistencia

primaria. Cuadern CAPS 1990; (14): 41-5.

202.-Wiklund I. The Nottingham Health Profile: swedish version. En: Alonso J, Hunt S, Niero M, Bucquet D, McKenna S, Wiklund I. European guide to the Nottingham Health Profile. Montpellier France: ESCUBASE, 1992.

203.-Hunt SM, Mc Ewen, McKenna SP. Measuring health status. Beckenham: Croon Helm, 1986.

204.-Ebrahim S, Williams J. Assessing the effects of a health promotion programme for elderly people. J Public Health Med 1992; 14: 199-205.

205.-Wiklund I. The Nottingham Health Profile: a measure of health-related quality of life. Scand J Prim Health Care Suppl 1990; 1: 15-8.

206.-Kind P, Carr-Hill R. The Nottingham Health Profile: a useful tool for epidemiologists. Soc Sci Med 1987; 25: 905-10.

207.-Jenkinson C. Why are we weighting? A critical examination of the use of item weights in a health status measure. Soc Sci Med 1991; 32: 1413-6.

208.-Leavey R, Wilkin D. A comparison of two survey measures of health status. Soc Sci Med 1988; 27: 269-75.

209.-Ebrahim S, Barer D, Nouri F. Use of Nottingham Health Profile with patients after a stroke. Journal of Epidemiology and Community Health 1986; 40: 166-9.

210.-McKenna SP, Payne RL. A comparison of the General Health Questionnaire and the Nottingham Health Profile in a study of unemployment and re-employed men. Family Practice 1989; 6: 3-8.

211.-Jenkinson C, Fitzpatrick R. Measurement of health status in patients with chronic illness: comparison of the Nottingham health profile and the General health questionnaire. Fam Prac 1990; 7: 121-4.

212.-Kind P, Gudex CM. Measuring health status in the community: a comparison of methods. J Epidemiol Community Health 1994; 48: 86-91.

213.-Harwood RH, Gompertz P, Ebrahim S. Handicap one year after a stroke: validity of a new scale. J Neurol Neurosurgery Psychiatry 1994; 57: 825-29.

214.-Anderson JS, Sullivan F, Usherwood TP. The Medical outcomes study instrument: use of a new health status measure in Britain. Fam Prac 1990; 7: 205-18.

215.-Bardsley MJ, Astell S, McCallum A, Home PD. The performance of three measures of health status in an outpatient diabetes population. Diabet Med 1993; 10: 619-26.

216.-Visser MC, Fletcher AE, Parr G, Simpson A, Bulpitt CJ. A comparison of three quality of life instruments in subjects with angina pectoris: the Sickness impact profile, the Nottingham health profile, and the Quality of well being scale. J Clin Epidemiol 1994; 47: 157-63.

217.-Anderson JP, Bush JW, Berry CC. Internal consistency analysis: a method for studying the accuracy of function assessment for health outcome and quality of life evaluation. J Clin Epidemiol 1988; 8: 127-37.

218.-Read JL, Quinn RJ, Hoefer MA. Measuring overall health: an evaluation of three important approaches. J Chron Dis 1987; 40: 7S-21S.

219.-Martín MA. Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria: edición española. Barcelona: Masson SA y Barcelona SG Editores SA, 1988.

220.-Miaja F, Custodi J, Pescador FJ, Morera J, editores. Registros en Atención Primaria: Fundamentos-Utilidad, Aplicación en la práctica. Madrid: Miaja F, Custodi J, Pescador FJ, Morera J, eds., 1990.

221.-Miaja F, Adanero R, Custodi J, Pescador FJ, Morera J. Sistema de registros para la Atención Primaria de Madrid. Madrid: INSALUD, Dirección Provincial de Madrid, Subdirección Provincial de Servicios Sanitarios, 1988.

222.-Equipo CESCA. Los sistemas de registro en la Atención Primaria de salud. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1987.

223.-Gordon M. Nursing Diagnosis: Process and applications. New York: McGraw Hill, 1982.

224.-Francisco MA, Martínez M, Marín P. Aplicación del método científico al trabajo enfermero: I. Guía de apoyo para la etapa de valoración. Madrid: Área 2 de Atención Primaria del INSALUD, 1993.

- 225.-Unidad de Docencia e Investigación, Dirección de Atención Primaria del Sector 2, INSALUD Madrid. Evaluación del Programa de Formación 1991/92. Madrid: Dirección de Atención Primaria del Sector 2, INSALUD Madrid, documento interno, 1992.
- 226.-Unidad de Docencia e Investigación, Dirección de Atención Primaria del Sector 2, INSALUD Madrid. Evaluación del Programa de Formación 1992/93. Madrid: Dirección de Atención Primaria del Sector 2, INSALUD Madrid, documento interno, 1993.
- 227.-Unidad de Docencia e Investigación, Dirección de Atención Primaria del Área 2, INSALUD Madrid. Evaluación del Programa de Formación 1993/94. Madrid: Dirección de Atención Primaria del Área 2, INSALUD Madrid, documento interno, 1994.
- 228.-Lindoso T, Valencia S, Fernández A, Álvarez S, Álvarez JA. Monitorizar un programa de atención domiciliaria. *Rev Enfer* 1994; (188): 13-16.
- 229.-Ministerio para las Cortes. Ley 21/1993, de 29 de Diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1994. *Boletín oficial del estado español* 1993 Jueves 30 de Diciembre; 312: 37498-504.
- 230.-Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Commun Health* 1980; 34: 281-86.
- 231.-Hunt SM, McEwen J. The development of a subjective health indicator. *Sociol Health Illness* 1980; (2): 231-46.
- 232.-McKenna SP, Hunt SM, Mc Ewen J. Absence from work and perceived health among mine rescue workers. *Occupational Health* 1981; 31: 151-7.
- 233.-McDowell I, Martini CJM, Waugh W. A method for self-assessment of disability before and after hip replacement operations. *British Medical Journal* 1978; 2: 857-9.
- 234.-Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80: 704-8.
- 235.-Bucquet D, Condon S, Ritchie K. The french version of the Nottingham Health Profile. A comparison of items weights with those of the source version. *Soc Sci Med* 1990; 30: 829-35.
- 236.-Antó JM, Alonso J. A health profile for use in Spain. *Am J Public Health* 1986; 76: 711.
- 237.-Bucquet D, Condon S. L'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham: french version. En: Alonso J, Hunt S, Niero M, Bucquet D, McKenna S, Wiklund I. *European guide to the Nottingham Health Profile*. Montpellier France: ESCUBASE, 1992.
- 238.-Erdman RA, Passchier J, Kooijman M, Stronks DL. The Dutch version of the Nottingham Health Profile: investigations of psychometric aspects. *Psychological Reports* 1993; 72: 1027-35.
- 239.-Buxton M. La economía de los trasplantes de corazón: midiendo beneficios. *JANO* 1986; 30 (712-Serie monográfica. H.M. nº 2): 558-76.
- 240.-Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Perceived health and social inequalities. *Effective Health Care* 1985; 2: 151-60.
- 241.-Hunt SM, McEwen J, McKenna SP, Backett EM, Pope C. Subjective health of patients with peripheral vascular disease. *The Practitioner* 1982; (226): 133-6.
- 242.-Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. Subjective health assessments and the perceived outcome of minor surgery. *J Psychosomatic Research* 1984; (28): 105-14.
- 243.-Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15A: 221-9.
- 244.-Hunt SM, McKenna SP, Williams J. Reliability of a population survey tool for measuring perceived health problems. A study of patients with osteoarthritis. *J Epidemiol Commun Health* 1981; 35: 297-300.
- 245.-McKenna S, McEwen J, Hunt SM, Papp E. Changes in perceived health of patients recovering from fractures. *Public Health London* 1984; 98: 97-102.
- 246.-McKenna SP, Hunt SM, McEwen J, Williams J, Papp E. Looking at health from the customer's point of view. *Occupational Health* 1980; 32: 350-5.
- 247.-O'Boyle CA, McGee H, Hickey A, O'Malley K, Joyce CR. Individual quality of life in patients undergoing hip replacement.

Lancet 1992; 339: 1088-91.

248.-Wiklund I, Herlitz J, Hjammarson A. Quality of life five years after myocardial infarction. Eur Heart J 1989; 10: 462-72.

249.-Wiklund I, Karlberg J. Evaluation of quality of life in clinical trials. Selecting QoL measures. Controlled Clin Trials 1991; (supl 12): 2045-65.

250.-Wiklund I, Romanus B. A comparison of quality of life before and after arthroplasty in patients with arthrosis of the hip joint. J Bone Joint Surg 1991; 73A: 765-9.

251.-Wiklund I, Romanus B, Hunt S. Self-assessed disability in patients with arthrosis of the hip joint. Reliability of the Swedish version of the Nottingham Health Profile. Int Disabil Stud 1988; 10: 159-63.

252.-Curtis SE. Self-reported morbidity in London and Manchester: intra-urban and interurban variations. Social Indicators Research 1987; 19: 255-72.

253.-Jenkinson C, Fitzpatrick R, Argyle M. The Nottingham Health Profile: an analysis of its sensitivity in differentiating illness groups. Soc Sci Med 1988; 27: 1411-4.

254.-Permanyer-Miralda G. La evaluación de la calidad de vida en el cardiópata crónico. Quadern CAPS 1990; (14): 63-6.

255.-Alonso J, Antó JM, González M, Fiz JA, Izquierdo J, Morera J. Measurement of general health status of not oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease patients. Med Care 1992; 30 (5 suppl): MS125-35.

256.-Permanyer-Miralda G, Alonso J, Antó JM, Alijarde-Guimerá M, Soler J. Comparison of perceived health status and conventional functional evaluation in stable patients with coronary artery disease. J Clin Epidemiol 1991; 44: 779-86.

257.-Badia X, Alonso J, Brosa M, Lock P. Reliability of the Spanish version of the Nottingham Health Profile in patients with stable end-stage renal disease. Soc Sci Med 1994; 38: 153-8.

258.-McEwen J. El Perfil de salud de Nottingham: una medida de salud válida. JANO 1986; (712): 547-57.

259.-Uhlmann RF, Pearlman RA, Cain KC. Physicians' and Spouses' predictions of elderly patients resuscitation preferences. J Gerontol 1988; 43: M115-21.

260.-Burnam MA. Development of a brief screening instrument for detecting depressive disorders. Med Care 1988; 26: 775-89.

261.-Hough RL, Landsverk JA, Stone JD. Psychiatric screening scale project: final report. Los Angeles: National Institute of Mental Health, 1983. Contract#DB-81-0036.

262.-Hough RL, Karno M, Burnam MA. The Los Angeles Epidemiological Catchment Area research program and the epidemiology of psychiatric disorders among Mexican Americans. J Oper Psychiatry 1983; 14: 42-49.

263.-Burnam MA, Hough RL, Escobar JI. Six-month prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites in Los Angeles. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 687-93.

264.-Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C. The emergence of depressive symptoms in late life: the importance of declining health and increasing disability. J Community Health 1990; 15: 93-104.

265.-Roberts RE, Vernon SW. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Its use in a community sample. Am J Psychiatry 1983; 140: 41-6.

266.-Schulberg HC, Saul M, McClelland M, Ganguli M, Christy W, Frank R. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. Arch Gen Psychiatry 1985; 42: 1164-70.

267.-Guimón J, Mezzich JE, Berrios GE. Diagnóstico en psiquiatría. Barcelona: Salvat editores, 1988.

268.-Wells KB, Burnam MA, Leake B, Robins LN. Agreement between face to face and telephone-administered versions of the depression section of the NIMH Diagnostic Interview Schedule. J Psychiat Res 1988; 22: 207-20.

269.-Burnam MA, Karno M, Hough RL, Escobar J, Forsythe AB. The spanish Diagnostic Interview Schedule: reliability and comparison with clinical diagnoses. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 1189-96.

270.-Karno M, Burnam A, Escobar J, Hough RL, Eaton WW. Development of the spanish-language version of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 1183-8.

- 271.-Robins LN. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 381-9.
- 272.-American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
- 273.-Brislin RW. The wording and translation of research instruments. En: Lonner WJ, Berry JW. *Field methods in cross-cultural research*. Beverly Hills: Sage publications, 1986: 137-64.
- 274.-Álvarez R. *Análisis estadístico con SPSS aplicado a las ciencias de la salud*. Madrid: Comunidad de Madrid, 1994.
- 275.-Martín A, Luna JD. *Bioestadística para las ciencias de la salud*. 4ª Ed. Madrid: Ediciones Norma SA, 1994.
- 276.-Carrasco JL. *El método estadístico en la investigación biomédica, 4ª edición*. Madrid: Editorial Ciencia 3 S.A., 1989.
- 277.-Álvarez R. *Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS*. Madrid: Díaz de Santos, 1995.
- 278.-Ayuntamiento de Madrid. *Anuario estadístico 1993*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Área de coordinación y participación, Dirección de servicios de informática y ordenación administrativa, Departamento de estadística, 1994.
- 279.-Oliva JM, Duclós C, Fernández MD, Bonal P. Visita domiciliaria programada. *Rev Enferm* 1990; 12: 20-5.
- 280.-Hernando J, Iturrioz P, Torán P, Arratibel I, Arregui A. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Atención Primaria* 1992; 9: 133-6.
- 281.-Sediles A, Lacarta P, Esquivias C, Martínez P, Sáez C, Lou A. Atención domiciliaria. *Rev Enferm* 1991; (161):19-23.
- 282.-Soler JM, Solanas JV, Ros A, Sempere E. Prevalencia poblacional de ancianos que requieren asistencia crónica domiciliaria. *Med Clin Barc* 1994; 103: 517-8.
- 283.-Torrá JE. Atención domiciliaria: CAP Cantera. *Rev Enferm* 1988; 11: 64-9.
- 284.-Louro A, Ovalle F, Touriño R. Programa de cuidados domiciliarios en un centro de salud. *Gerontología* 1987; 3: 108-12.
- 285.-González JI, Jaramillo E, Rodríguez L, Guillén F, Salgado A. Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria a los 18 meses. *Rev Clin Esp* 1990; 187: 165-9.
- 286.-Chalis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: II. Costs and effectiveness. *Age and Ageing* 1991; 20: 245-54.
- 287.-González JI. Asistencia geriátrica domiciliaria: ¿Cómo es el paciente? *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1988; 23: 295-300.
- 288.-Bilbao I, Gastaminza AM, García JA, Quindimil JA, López JL, Huidobro L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Atención Primaria* 1994; 13: 188-90.
- 289.-Guralnik JM, LaCroix AZ, Abbott RD, Berkman LF, Satterfield S, Evans DA, et al. Maintaining mobility in late life: I. Demographic characteristics and chronic conditions. *Am J Epidemiol* 1993; 137: 845-57.
- 290.-Kempen GI, Suurmeijer TP. Factors influencing professional home care utilization among the elderly. *Soc Sci Med* 1991; 32: 77-81.
- 291.-Zeidler H. Epidemiology of musculoskeletal conditions in the geriatric population. *Eur J Rheumatol Inflamm* 1994; 14: 3-6.
- 292.-Bjelle A. Arthritis in the elderly. *Z Rheumatol* 1992; 51: 295-300.
- 293.-Amatrian MD, Iraizoz I, Pilart S. Inmovilidad en el anciano. *Rev Enferm* 1991; (174): 33-43.
- 294.-Smith WM. Epidemiology of hypertension in older patients. *Am J Med* 1988; 85: 2-6.
- 295.-Castro A, Juane R, Muñoz J. Situación y nuevos aspectos de la hipertensión arterial en España. *Rev Esp Cardiol* 1990; 43 (supl 1): 3-8.
- 296.-Tratamiento de la hipertensión arterial (revisión bibliográfica comentada). *El Médico* 1995 Oct 6; (582 supl): 1-8.
- 297.-Richard J, Droz P. Epidemiología de los trastornos demenciales en Europa y sus consecuencias sobre el desarrollo humano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1989; 24 (supl 1): 29-34.

- 298.-Zaragoza E. Epidemiología de las enfermedades vasculares cerebrales. *Rev Esp Neurol* 1988; 3: 514-20.
- 299.-Baum HM. The national survey of stroke. *Stroke* 1991; 12: 59.
- 300.-Mittelmark MB, Psaty BM, Rautaharju PM, Fried LP, Borhani NO, Tracy RP, et al. Prevalence of cardiovascular diseases among older adults. *Am J Epidemiol* 1993; 137: 311-7.
- 301.-Ovalle F, López JL, Louro A, Castro B. Experiencia en cuidados domiciliarios en atención primaria de salud. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1987; 22; 175-8.
- 302.-Kanis JA. The incidence of hip fracture in Europe. *Osteoporosis Int* 1993; (supl 1): S10-5.
- 303.-Cabarcos A, Urbieto L. Asistencia domiciliaria geriátrica: nuestra experiencia durante 1982. *Rev Esp Ger Gerontol* 1983; 18: 347-52.
- 304.-Rodríguez S, Corujo EI, Guzmán D, Peña A, Benítez JA, López MA, et al. Experiencia en asistencia geriátrica domiciliaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990; 25: 269-73.
- 305.-Higgings MW, Thom TJ. Incidence, prevalence, and mortality: intra and intercountry differences. En: Hensley MJ, Saunders NA, editores. *Clinical epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease*. New York: Marcel Dekker, 1989: 305.
- 306.-Croxon SC, Burden AC, Bodington M, Botha JL. The prevalence of diabetes in elderly people. *Diabet Med* 1991; 8: 28-31.
- 307.-Tison F, Dartigues JF, Dubes L, Zuber M, Alperovitch A, Henry P. Prevalence of Parkinson's disease in the elderly: a population study in Gironde, France. *Acta Neurol Scand* 1994; 90: 111-5.
- 308.-Zhang ZX, Roman GC. Worldwide occurrence of Parkinson's disease: an updated review. *Neuroepidemiology* 1993; 12: 195-208.
- 309.-Tanner CM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Neurol Clin* 1992; 10: 317-29.
- 310.-Rasput AH. Frequency and cause of Parkinson's disease. *Can J Neurol Sci* 1992; 19 (supl 1): 103-7.
- 311.-Pedro J. Parkinson's disease occurrence in Europe. *Acta Neurol Scand* 1991; 84: 357-65.
- 312.-Schrijvers CT, Strongs K, Mhen DHv, Coebergh JW, Mackenbach JP. Validation of cancer prevalence data from a postal survey by comparison with cancer registry records. *Am J Epidemiol* 1994; 139: 408-14.
- 313.-Carabellese C, Appollonio I, Rozzini R, Bianchetti A, Frisoni GB, Frattola L, Trabucchi M. Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 401-7.
- 314.-LaCroix AZ, Gurainik JM, Berkman LF, Wallace RB, Satterfield S. Maintaining mobility in late life: II. Smoking, Alcohol consumption, physical activity, and body mass index. *Am J Epidemiol* 1993; 137: 858-69.
- 315.-Deyo RA, Inui TS, Leininger JD, Overman SS. Measuring functional outcomes in chronic disease: a comparison of traditional scales and a self-administrated health status questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Med Care* 1983; 21: 180-92.
- 316.-Koenig HG, Blazer DG. Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 235-51.
- 317.-Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K. Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 173-85.
- 318.-Helgason T. Epidemiological investigations concerning affective disorders. En: Schou M, Strömberg R, editores. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. Londres: Academic press, 1979.
- 319.-Slater SL, Katz IR. Prevalence of depression in the aged: formal calculations versus clinical facts. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 78-9.
- 320.-Saunders PA, Copeland JR, Dewey ME, Gilmore C, Larkin BA, Pharterpekar H. The prevalence of dementia, depression and neurosis in laterlife: the Liverpool MRC-ALPHA study. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 838-47.
- 321.-Linn M, Hunter K, Harris R. Symptoms of depression and recent life events in the community elderly. *J Clin Psychol* 1980; 36: 675-82.
- 322.-Bollerup T. Prevalence of mental illness among 70-years old domiciled in nine Copenhagen suburbs. *Acta Psychiatr Scand* 1975; 51: 327-39.

- 323.-Blazer DG, Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 439-44.
- 324.-Mateos R, Paramo M, Rodríguez A. Epidemiología de los cuadros depresivos de la tercera edad en Galicia. *Actas del V Symposium nacional del comité para la prevención y tratamiento de las depresiones*; 1989 May 26-27; La Toja. Barcelona: Espaxs S.A., 1990.
- 325.-Copeland JR, Dewey ME, Wood N. Range of mental illness among the elderly in the community. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 815-23.
- 326.-Seva A, Sala JM. Aspectos epidemiológicos de las depresiones. En: *Comité para la prevención y tratamiento de las depresiones (eds.). Epidemiología, etiopatogenia y terapéutica de las depresiones*. Barcelona: Espaxs S.A., 1988.
- 327.-Kivela SL, Pakkala K, Laippala P. Prevalence of depression in an elderly population in Finland. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 78: 401-13.
- 328.-Klerman GL, Weisman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989; 261: 2229-35.
- 329.-Choi YS, Kim DH, Storey M, Kim CJ, Kang KS. A study of home care needs of patients at discharge and effects of home care centered on patients discharged from a rural general hospital. *Taehan Kanho* 1992; 31: 77-9.
- 330.-Iliffe S, Tai SS, Haines A, Gallivan S, Goldenberg E, Booroff A, et al. Are elderly people living alone an at risk group? *BMJ* 1992; 305: 1001-4.
- 331.-García-Boró S. *Demanda y servicios generados en una consulta de medicina general. Importancia de los problemas de salud mental (tesis doctoral)*. Madrid: Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, 1988.
- 332.-Borgquist L, Hansson L, Nettebladt P, Nordström G, Lindelöw. Perceived health and high consumers of care: a study of mental health problems in a Swedish primary health care district. *Psychol Med* 1993; 23: 763-70.
- 333.-Goldberg DP, Blackwell P. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *BMJ* 1970; 220: 439-43.
- 334.-Regier DA, Kessler LG, Burns BJ, Goldberg ID. The need for a psychosocial classification system in primary care settings. *Int J Ment Health* 1979; 8: 16-29.
- 335.-Rosenthal MP, Goldfarb NI, Carlson BL, Sagi PC, Balaban DJ. Assessment of depression in a family practice center. *J Fam Pract* 1987; 29: 143-9.
- 336.-Katon W. Depression: somatic symptoms and medical disorders in primary care. *Compr Psychiatry* 1982; 23: 274-87.
- 337.-Launer LJ, Wind AW, Deeg DJ. Nonresponse patterns and bias in a community-based cross-sectional study of cognitive functioning among the elderly. *Am J Epidemiol* 1994; 139: 803-11.
- 338.-Hopton JL, Howie JG, Porter AM. The need for another look at the patient in general practice satisfaction surveys. *Fam Pract* 1993; 10: 82-7.
- 339.-Grand A, Grosclaude P, Bocquet H, Pous J, Albarede JL. Predictive value of life events, psychosocial factors and self-related health on disability in an elderly rural french population. *Soc Sci Med* 1988; 27: 1337-42.
- 340.-Fitzpatrick R, Ziebland S, Jenkinson C, Mowat A. The social dimension of health status measures in rheumatoid arthritis. *Int Disabil Studies* 1991; 13: 34-7.
- 341.-Wiklund I, Welin C. A comparison of different psychosocial questionnaires in patients with myocardial infarction. *Scan J Rehab Med* 1992; 24: 195-202.
- 342.-Nilsson LT, Jalovaara P, Franzén H, Niinimäki T, Strömqvist B. Function after primary hemiarthroplasty and secondary total hip arthroplasty in femoral neck fracture. *J Arthroplasty* 1994; 9: 369-74.
- 343.-Nilsson LT, Franzén H, Strömqvist B, Wiklund I. Function of the hip after femoral neck fractures treated by fixation or secondary total hip replacement. *Int Orthopaedics* 1991; 15: 315-18.
- 344.-Doman TL, Peck GM, Dow JD, Tattersall RB. A community survey of diabetes in the elderly. *Diabet Med* 1992; 9: 860-5.
- 345.-Dimenás E, Wiklund I, Dahlhög C, Lindvall K, Olofsson B, Faire U. Differences in subjective well-being and symptoms between normotensives, borderline hypertensives, and hypertensives. *J Hypertension* 1989; 7: 885-90.

- 346.-Stones MJ, Dorman B, Kozma A. The prediction of mortality in elderly institution residents. *J Gerontol* 1989; 44: P72-9.
- 347.-Kelly M. The subjective experience of chronic disease. *J Chron Dis* 1986; 39: 653-66.
- 348.-Patrick DL, Scrivens E, Charlton J. Disability and patient satisfaction with medical care. *Med Care* 1983; 21: 1062-75.
- 349.-Haug MR, Folmar SJ. Longevity, gender, and life quality. *J Health Soc Behav* 1986; 27: 332-45.
- 350.-Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gaceta Sanitaria* 1991; 24: 117-24.
- 351.-Pont A, Granollers S. Calidad de vida en los ancianos. Un estudio descriptivo. *Rev Enferm* 1992; 15: 21-6.
- 352.-Jylha M, Leskinen E, Alanen E, Leskinen A, Heikkinen E. Self-rated health and associated factors among men of different ages. *J Gerontol* 1986; 41: 710-7.
- 353.-Borgquist L, Nilsson L, Lindelöw G, Wiklund I, Thorngren KG. Perceived health in hip-fracture patients: a prospective follow-up of 100 patients. *Age and ageing* 1992; 21: 109-16.
- 354.-Nydevik I, Hultner K. Sickness impact after stroke. A 3-year follow-up. *Scand J Prim Health Care* 1992; 10: 284-9.
- 355.-Gladman JR, Lincoln NB, Barer DH. A randomised controlled trial of domiciliary and hospital-based rehabilitation for stroke patients after discharge from hospital. *J Neurol Neurosurgery Psychiatry* 1993; 56: 960-66.
- 356.-Johansson RN, Lindgren LP, Widner H, Wiklund I, Johansson BB. Can sensory stimulation improve the functional outcome in stroke patients? *Neurology* 1993; 43: 2189-92.
- 357.-Johansson BB, Jadbäck G, Norrving B, Widner H, Wiklund L, Wiklund I. Evaluation of a long-term functional status in first-ever stroke patients in a defined population. *Scand J Rehab Med* 1992; (supl 26): 105-14.
- 358.-Kelly M, Paige C. Assessment and psychologic factors in stroke rehabilitation. *Neurology* 1995; 45: S29-32.
- 359.-Oder W, Hufgard J, Binder H, Zeiler K, Deecke L. Depression, nichtsprachliche intellektuelle Beeinträchtigung und Lebensqualität nach links-hemisphärischem ischämischen Insult Ergebnisse einer katamnästischen Studie. *Rehabilitation Stuttg* 1991; 30: 69-74.
- 360.-Haan RJ, Limburg M, Meulen JH, Jacobs HM, Aaronson NK. Quality of life after stroke. Impact of stroke type and lesion location. *Stroke* 1995; 26: 402-8.
- 361.-Mor V, Murphy J, Masterson-Allen S, Willey C, Razmpour A, Jackson ME, et al. Risk of functional decline among well elders. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 895-904.
- 362.-Young JB, Forster A. The Bradford community stroke trial: results at six months. *BMJ* 1992; 304: 1085-9.
- 363.-Jeffery DR, Good DC. Rehabilitation of the stroke patient. *Curr Opin Neurol* 1995; 8: 62-8.
- 364.-Vogel J. 5 Jahres Follow-up Studie von über 65jährigen Schlaganfallpatienten. *Rehabilitation Stuttg* 1994; 33: 155-7.
- 365.-Bronstein KS. Psychosocial components in stroke. Implications for adaptation. *Nurs Clin North Am* 1991; 26: 1007-17.
- 366.-Bocquet H, Grosclaude P, Bucquet D, Fournial F, Pous J, Albarede JL. Valeur descriptive et pronostique de la sante percue dans une population d'insuffisants respiratoires chroniques appareilles. *Rev Mal Respir* 1989; 6: 417-24.
- 367.-Schayck CP, Dompeling E, Rutten M, Folgering H, Boom G, Weel C. The influence of an inhaled steroid on quality of life in patients with asthma or COPD. *Chest* 1995; 107: 1199-205.
- 368.-Schayck CP, Rutten M, Doorslaer EK, Folgering H, Weel C. Two-years bronchodilator treatment in patients with mild airflow obstruction: contradictory effects on lung function and quality of life. *Chest* 1992; 102: 1384-91.
- 369.-Jones PW. Quality of life, symptoms and pulmonary function in asthma: long term treatment with nedocromil sodium examined in a controled multicentre trial. *Eur Respir J* 1990; 7: 55-62.
- 370.-Welburn P, Walker S. Assessment of quality of life in Parkinson's disease. En: Teeling-Smith G, (ed). *Measuring health: a practical guide*. Londres: John Wiley & Sons Ltd., 1988; 89-108.
- 371.-Barbeau A. *Trastornos del movimiento*. Barcelona: Ed. Toray S.A.,1982; 185.

- 372.-Vieregge P, Dethlefsen J. Krankengymnastik und Logopädie beim Parkinson Syndrom: eine Bestandsaufnahme. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1992; 60: 369-74.
- 373.-Fitzsimmons B, Bunting LK. Parkinson's disease. Quality of life issues. *Nurs Clin North Am* 1993; 28: 807-18.
- 374.-Larsen JP. Parkinson's disease as community health problem: study in Norwegian nursing homes. *BMJ* 1991; 303: 741-3.
- 375.-Fitzpatrick R, Ziebland S, Jenkinson C, Mowat A. A generic health status instrument in the assessment of rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1992; 31: 87-90.
- 376.-Tack B. Fatigue in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1990; 3: 65-70.
- 377.-Burckhardt CS, Archenholtz B, Bjelle A. Quality of life of women with systemic lupus erythematosus: a comparison with women with rheumatoid arthritis. *J Rheumatology* 1993; 20: 977-81.
- 378.-Pouchot J. Qualité de vie et arthrose. Interests et applications. *Rev Rheum Ed Fr* 1993; 60: 91S-5S.
- 379.-Donnelly S, Scott DL. The outcome of arthritis: measures of function, X-rays damage, pain and patients' satisfaction. *Eur J Rheumatol Inflamm* 1992; 12: 21-6.
- 380.-Hughes SL, Dunlop D, Edelman P, Chang RW, Singer RH. Impact of joint impairment on longitudinal disability in elderly persons. *J Gerontol* 1994; 49: S291-300.
- 381.-Hughes SL, Edelman PL, Singer RH, Chang RW. Joint impairment and self reported disability in elderly persons. *J Gerontol* 1993; 48: S84-92.
- 382.-Shepard RJ. Exercise and aging: extending independence in older adults. *Geriatrics* 1993; 48: 61-4.
- 383.-Pow JM. The role of psychological influences in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1987; 31: 223-9.
- 384.-Siegrist J. Impaired quality of life as a risk factor in cardiovascular disease. *J Chron Dis* 1987; 40: 571-78.
- 385.-O'Brien BJ, Buxton MJ, Guralnik JM, Patterson DL. Relationship between functional status and health-related quality of life after myocardial infarction. *Med care* 1993; 31: 950-5.
- 386.-González-Darder JM, Vázquez JL, González V. Calidad de vida del paciente con angina inestable tratado con estimulación eléctrica medular. *Med Clin Barc* 1990; 768-70.
- 387.-Cowley AJ, Skene AM. Treatment of severe heart failure: quantity or quality of life? A trial of enoximone. *Br Heart J* 1994; 72: 226-30.
- 388.-Stevens J, Poston J, Walker S. Is the measurement of patient-related health and quality of life useful in the clinical assessment of angina pectoris? London: Centre for medicines research; 1987. Informe sin referencia de numeración.
- 389.-Conn VS, Taylor SG, Abele PB. Myocardial infarction survivors: age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. *J Adv Nursing* 1991; 16: 1026-34.
- 390.-Lynch WJ, Jenkins BJ, Fowler CG, Hope-Stone HF, Blandy JP. The quality of life after radical radiotherapy for bladder cancer. *Br J Urology* 1992; 70: 519-21.
- 391.-Hinton J. Can home care maintain an acceptable quality of life for patients with terminal cancer and their relatives? *Palliat Med* 1994; 8: 183-96.
- 392.-Morris JN, Sherwood S. Quality of life of cancer patients at different stages in the disease trajectory. *J Chron Dis* 1987; 40: 545-53.
- 393.-Kennedy HJ, Lee EC, Claridge G, Truelove SC. The health of subjects living with a permanent ileostomy. *Q J Med* 1982; 51: 341-57.
- 394.-Svantesson E, Josefsson M, Ek AC. Working capacity and quality of life after undergoing an ileostomy. *Journal Adv Nurs* 1991; (16): 1035-41.
- 395.-Moss MS, Lawton MP, Glicksman A. The role of pain in the last year of life of older persons. *J Gerontol* 1991; 46: 51-7.
- 396.-Parart J. Diabetes mellitus and its degenerative complications: a prospective study of 4400 patients observed between 1947 and 1973. *Diabetes Care* 1978; 1: 168-88, 252-63.

- 397.-Tchobroutsky G. Relation of diabetic control to development of microvascular complications. *Diabetologia* 1978; 15: 143-52.
- 398.-Calder SJ, Anderson GH, Harper WM, Jagger C, Gregg PJ. A subjective health indicator for follow-up. *J Bone Joint Surg Br* 1995; 77-B: 494-6.
- 399.-O'Cathain A. Evaluation of a hospital at home scheme for the early discharge of patients with fractured neck of femur. *J Public Health Med* 1994; 16: 205-10.
- 400.-Greenfield S, Apolone G, McNeil BJ, Cleary PD. The importance of co-existent disease in the occurrence of postoperative complications and one-year recovery in patients undergoing total hip replacement. Comorbidity and outcomes after hip replacement. *Med Care* 1993; 31: 141-54.
- 401.-Laupacis A, Bourne R, Rorabeck C, Feeny D, Wong C, Tugwell P, et al. The effect of elective total hip replacement on health-related quality of life. *J Bone Joint Surg Am* 1993; 75: 1619-26.
- 402.-Hunt SM, Hopton J, Padfield P, Holton D. Symptoms and quality of life in hypertensive patients. Edinburgh: University of Edinburgh R.U.H.B.C.; 1989: Working paper n° 35.
- 403.-Lame PA, Droussin AM, Thompson M, Verhaest L, Wallace S. The effects of enalapril on hypertension and quality of life. *Acta Cardiologica* 1989; 44: 289-302.
- 404.-Mitchell RA, Imperial E, Kelleher P, Brunker P, Gass G. Perceived health problems in subjects with varying cardiovascular diagnoses. *J Behavioral Med* 1991; 14: 505-12.
- 405.-Testa MA, Simonson DC. Measuring quality of life in hypertensive patients with diabetes. *Postgrad Med J* 1988; 64 (supl 3): 50-8 y 90-2.
- 406.-Testa MA. Interpretación de los datos de calidad de vida de ensayos clínicos para empleo en la práctica clínica del tratamiento antihipertensivo. *Hipertensión* 1987 Jun; 6: 309-16.
- 407.-Bowling A, Farquhar M, Grundy E, Formby J. Changes in life satisfaction over a two and a half year period among very elderly people living in London. *Soc Sci Med* 1993; 36: 641-55.
- 408.-Holmes CA. Health care and the quality of life: a review. *J Adv Nurs* 1989; (14): 833-9.
- 409.-Rubenstein LV, Calkins DR, Fink A. How to help your patients function better. *West J Med* 1985; 143: 114-7.
- 410.-Jette AM, Davies AR, Cleary PD. The functional status questionnaire: reliability and validity when used in primary care. *J Gen Intern Med* 1986; 1: 143-9.
- 411.-Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985; 102: 520-8.
- 412.-Hopton JL, Howie JG, Porter AM. Social indicators of health needs for general practice: a simpler approach. *Br J General Practice* 1992; 42: 236-40.
- 413.-Wilkin D, Hallam L, Leavy R, Metcalfe D. *Anatomy of urban general practice*. London: Tavistock press, 1987.
- 414.-Blaxter M. Evidence on inequality in health from a national survey. *Lancet* 1987; 1: 30-3.
- 415.-Smith GD, Shipley MJ, Rose G. Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall study. *BMJ* 1990; 301: 265-70.
- 416.-Smith SJ. Health status and the housing system. *Soc Sci Med* 1990; 31: 753-62.
- 417.-Hunt SM, Martin C, Platt S. Health and housing in a deprived area of Edimburg in unhealthy housing: a diagnosis. Warwick: University of Warwick, Institute of environmental health offices and the legal research institute; 1986: sin numeración.
- 418.-Platt S, Martin CJ, Hunt SM, Lewis CW. Damp housing, mould growth and symptomatic health state. *BMJ* 1989; 298: 1673-8.
- 419.-Martin CJ, Platt S, Hunt SM. Housing conditions and ill health. *BMJ* 1987; 294: 1125-7.
- 420.-Hunt SM. Bad housing and emotional distress. *Health Hygiene* 1990; 11: 72-9.
- 421.-Butler RN. Quality of life: can it be an endpoint? How can it be measured? *Am J Clin Nutr* 1992; 55 (supl 6): 1267S-1270S.

- 422.-Grant I, Patterson TL, Yager J. Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1254-8.
- 423.-Paykel ES, Weissman MM. Social adjustment and depression: a longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28: 659-63.
- 424.-Blumenthal MD, Dielman TE. Depressive symptomatology and role function in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 985-91.
- 425.-Dalgard OS, Bjork S, Tambs K. Social support, negative life events and mental health. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 29-34.
- 426.-Gurland B. The impact of depression on quality of life of the elderly. *Clin Geriat Med* 1992; 8: 377-87.
- 427.-Goethe JW, Fischer EH. Functional impairment in depressed inpatients. *J Affect Disord* 1995; 33: 23-9.
- 428.-Bruce ML, Seeman TE, Merrill SS, Blazer DG. The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *Am J Public Health* 1994; 84: 1796-9.
- 429.-Berkman LF, Berkman CS, Kasl S, Freeman DH, Leo L, Ostfeld AM, et al. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J Epidemiology* 1986; 124: 372-88.
- 430.-Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C, Wisniewsky W, Metz H, Bijur P. Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 220-5.
- 431.-Duer S, Schwenk TL, Coyne JC. Medical and psychosocial correlates of self-reported depressive symptoms in family practice. *J Fam Pract* 1988; 27: 609-14.
- 432.-Williams JW Jr, Kerber CA, Mulrow CD, Medina A, Aguilar C. Depressive disorders in primary care: prevalence, functional disability, and identification. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 7-12.
- 433.-Moldin SO, Scheftner WA, Rice JP, Nelson E, Knesevich MA, Akiskal H. Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychol Med* 1993; 23: 755-61.
- 434.-Arias MA, Vazquez-Barquero JL, Miro J, Pena C, Berciano J. Estados depresivos en la esclerosis múltiple. Revisión bibliográfica crítica. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1992; 20: 97-103.
- 435.-Finch EJ, Ramsay R, Katona CL. Depression and physical illness in the elderly. *Clin Geriat Med* 1992; 8: 275-87.
- 436.-Corrigan PW, Buican B. The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 281-5.
- 437.-Hong SM, Giannakopoulos E. The relationship of satisfaction with life to personality characteristics. *J Psychol* 1994; 128: 547-58.
- 438.-Hanson L, Borgquist L, Nettelbladt P, Nordström G. The course of psychiatric illness in primary care patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 1-7.
- 439.-Mohide EA, Torrance GW, Streiner DL, Pringle DM, Gilbert R. Measuring the well-being of family caregivers using the time trade-off technique. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 475-82.
- 440.-Jones DA, Peters TJ. Caring for elderly dependents: effects on the carers' quality of life. *Age Ageing*; 21: 421-8.
- 441.-Parkeson GR Jr, Michener JL, Wu LR. Associations among family support, family stress, and personal functional health status. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 217-29.
- 442.-Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press Inc, 1976.
- 443.-Wilson RW, Drury TF. Interpreting trends in illness and disability: health statistics and health status. *Annu Rev Public Health* 1984; 15: 83-106.
- 444.-Klerman GL. Overview of affective disorders. En: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, editores. *Comprehensive textbook of Psychiatry-III*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1980.
- 445.-Klerman GL. Other specific affective disorders. En: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, editores. *Comprehensive textbook of Psychiatry-III*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1980.
- 446.-Kessler LG, Amick BC, Thompson J. Factors influencing the diagnosis of mental disorder among primary care patients. *Med*

Care 1985; 23: 50-62.

447.-D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Pract* 1994; 11: 260-6.

448.-Ramos JA, Lafuente R, Montejo ML, Moreno A, Ponce de Leon C, Mendez R, et al. Validez predictiva de la escala de Zung en deprimidos ancianos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1991; 19: 122-6.

449.-Ramos JA, Montejo ML, Lafuente R, Ponce de Leon C; Moreno A. Validacion de la Escala Criba Geriatrica para la Depression. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1991; 19: 174-7.

450.-Katona CL. Approaches to the management of depression in old age. *Gerontology*. 1994; 40 (supl 1): 5-9

451.-Revicki DA, Turner R, Brown R, Martindale JJ. Reliability and validity of a health-related quality of life battery for evaluating outpatient antidepressant treatment. *Qual Life Res* 1992; 1: 257-66.

452.-Lonnqvist J, Sintonen H, Syvalahti E, Appelberg B, Koskinen T, Mannikko T, et al. Antidepressant efficacy and quality of life in depression: a double-blind study with moclobemide and fluoxetine. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 363-9.

453.-Razavi D. La depression au cours de la maladie cancéreuse. *Encephale* 1994; 20 (Spec n° 4): 647-55.

454.-Trijsburg RW, Knippenberg FC, Rijkman SE. Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review. *Psychosom Med* 1992; 54: 489-517.

455.-Greer S, Moorey S, Baruch J. Evaluation of adjuvant psychological therapy for clinically referred cancer patients. *Br J Cancer* 1991; 63: 257-60.

456.-Fletcher R, Fletcher S, Thomas L, Lock S, Lundberg S, Lundberg GD, et al. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas: comité internacional de editores de revistas médicas. *MEDIFAM* 1993; 3: 163-71.

8.-ANEXOS

8.-ANEXOS.

8.1.-ANEXO 1. ABREVIATURAS UTILIZADAS.

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
EAP	Equipo de atención primaria de salud
NHP	Perfil de salud de Nottingham
CBB	Cuestionario de despistaje de depresión breve de Burnam
HTA	Hipertensión arterial
AVD	Actividades de la vida diaria
PEMI65	Personas de edad mayor o igual a 65 años
CV	Calidad de vida.

8.2.-ANEXO 2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DISTRITO URBANO DE CHAMARTÍN DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID.

(Datos del Anuario estadístico de 1993 ²⁷⁸).

8.2.1.-Territorio y medio ambiente. Datos geográficos, administrativos, climatología y contaminación.

-Altitud: 700 metros sobre el nivel del mar.

-Superficie total: 919.57 Ha, una población de 147679 habitantes, y una densidad poblacional de 161 habit./Ha (los datos de cada barrio se muestran en la tabla A8.1).

Barrio	Superficie (Ha)	Número de habitantes	Densidad de población (Hab/Ha)
El Viso	170.95	16195	95
Prosperidad	103.72	39312	379
Ciudad Jardín	76.13	19167	252
Hispanoamérica	172.44	32314	187
Nueva España	178.77	22960	128
Castilla	217.56	17731	82
Total	919.57	147679	161

-Media mensual más elevada de las temperaturas máximas: 30° C en Julio.

-Media mensual menos elevada de las temperaturas mínimas: 2.7° C en Enero.

-Temperatura media anual: 14.8° C.

-Precipitaciones mensuales (total media anual): 29.17 l/m².

-Presión atmosférica media anual: 707.2 mm Hg.

-Diferencia entre presiones medias mensuales máxima y mínima: 8.3 mm Hg.

-Valores medios de los principales contaminantes: SO₂= 43 µgr/m³; Partículas en suspensión = 37 mg/m³; CO = 2.7 mg/m³; NO₂= 75 µgr/m³.

8.2.2.-Infraestructuras básicas, tráfico y transportes, planeamiento urbano, consumo y precios.

-En el distrito se encuentran presentes: abastecimiento de agua, saneamiento y depuración, limpieza de residuos sólidos, electricidad, alumbrado público, gas, telefonía.

-El total de vehículos del distrito es de 72777 unidades.

-Tiene transportes colectivos: autobús, taxis, metropolitano.

-Presenta un total de 71 parques y jardines, que abarcan una superficie de 40 Ha.

-En el total del ayuntamiento de Madrid el IPC medio anual es de 184.7 y en 1992 tuvo un incremento medio de 5.9.

-El número de declarantes del IRPF fué de 71486, con un rendimiento medio de 4060064 pts.

8.2.3.-Movimiento natural de la población, salud, infraestructura hospitalaria y causas de muerte.

-Tasa de natalidad: 9.7‰. Tasa de fecundidad: 36.7‰.

-En 1990 hubo 1301 fallecimientos de la población del distrito, y la distribución de frecuencias por edad y sexo en los mayores de 65 años se muestra en la tabla A8.2.

-En 1991 el número de hospitales era 7 con un total de 556 camas.

-Las principales causas de los fallecimientos ocurridos en 1990 fueron, por orden de frecuencia, las siguientes: Enfermedades del a. circulatorio 40.0%; Tumores 26.4%; Enfermedades del a. respiratorio 9.3%; Enfermedades del a. digestivo 5.4%; Traumatismos 4.6%.

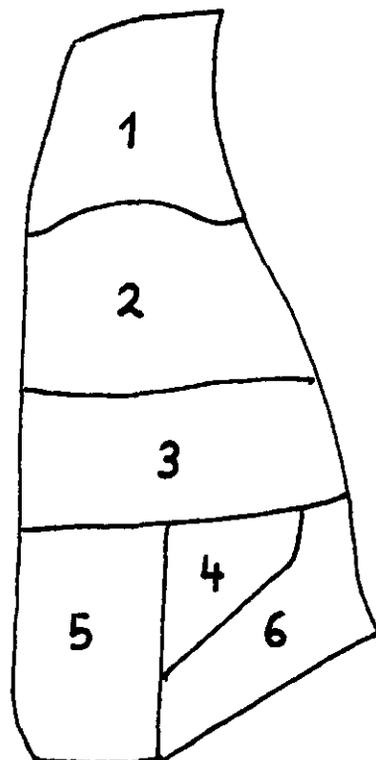
Tabla A8.2
FALLECIDOS MAYORES DE 65 AÑOS EN 1990.

Edad (años)	♂	♀
65-69	93	23
70-74	89	59
75-79	103	74
80-84	77	110
85-89	75	131
90 y más	30	111
Total >65	467	508

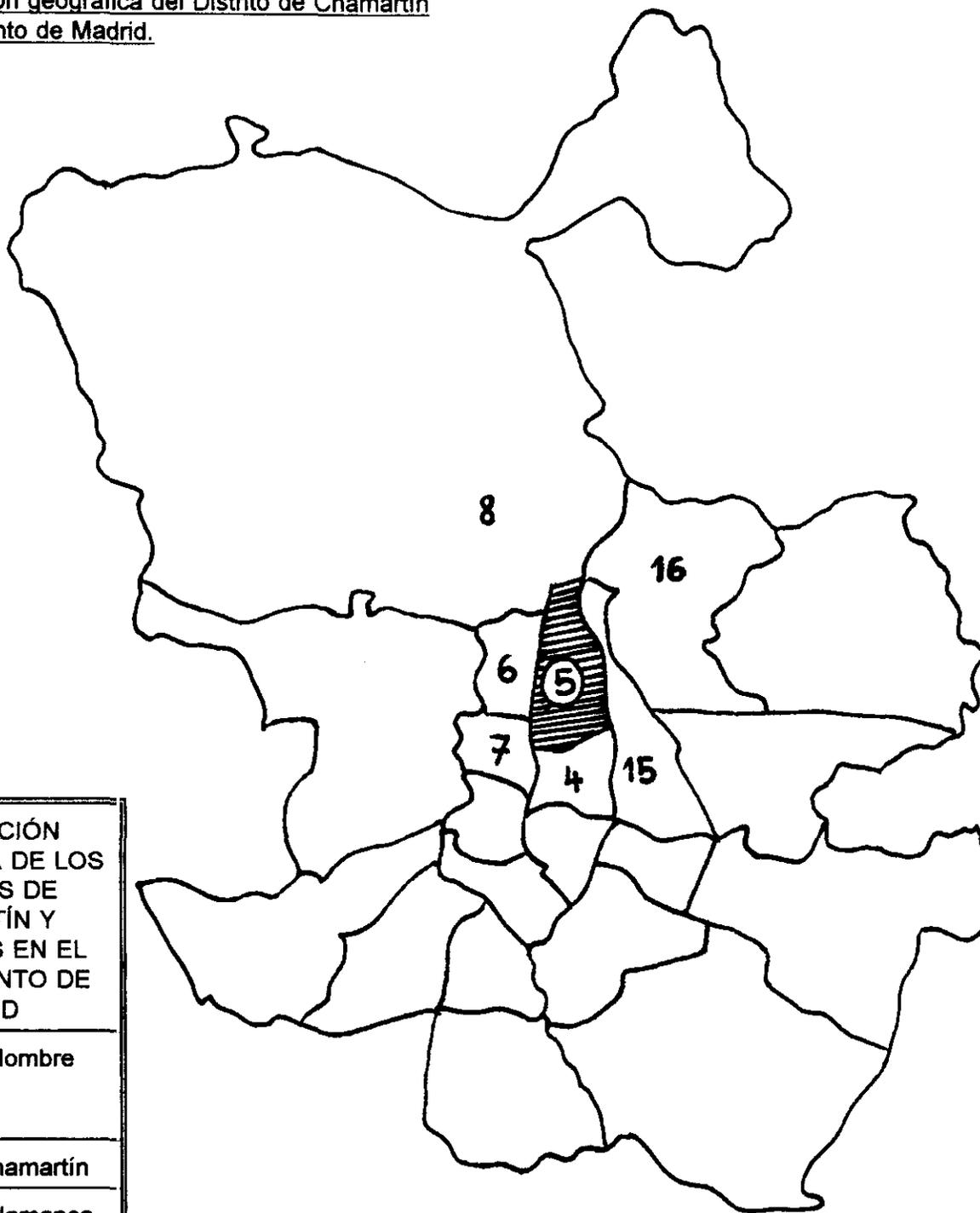
8.2.4.-Localización de los Equipos de Atención Primaria en el distrito de Chamartín.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS BARRIOS DEL DISTRITO DE CHAMARTÍN

Número	Barrio	E.A.P.
1	Castilla	NO
2	Nueva España	NO
3	Hispanoamérica	Segre
4	Ciudad Jardín	Ciudad Jardín
5	El Viso	Segre
6	Prosperidad	Prosperidad I y Sta. Hortensia



8.2.6.-Localización geográfica del Distrito de Chamartín en el Ayuntamiento de Madrid.



DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS DISTRITOS DE CHAMARTÍN Y CONTÍGUOS EN EL AYUNTAMIENTO DE MADRID	
Número de Distrito	Nombre
5	Chamartín
4	Salamanca
6	Tetuán
7	Chamberí
15	Ciudad lineal
16	Hortaleza
8	Fuencarral

8.3.-ANEXO 3. CORRESPONDENCIAS ENTRE LOS NOMBRES DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL DISTRITO DE CHAMARTÍN Y LA NOMENCLATURA EMPLEADA EN EL ESTUDIO.

Nombre en el estudio	Nombre real
A	"Segre"
B	"Santa Hortensia"
C	"Prosperidad I"
D	"Ciudad Jardín"

8.4.-ANEXO 4. PERFÍL DE SALUD DE NOTTINGHAM. VERSIÓN EN CASTELLANO. CUESTIONARIO.

- A continuación verá algunos de los problemas que la gente puede tener en su vida diaria.
- Lea atentamente la lista de problemas.
- En cada problema, si usted lo tiene, marque con una cruz en la casilla del "sí".
- Si usted no tiene este problema, marque una cruz en la casilla del "no".
- Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está muy seguro/a de contestar "sí" o "no", señale la respuesta que usted crea que es la más cierta en la actualidad.

	SI	NO	COD
Siempre estoy fatigado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01
Tengo dolor por las noches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02
Las cosas me deprimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03
Tengo un dolor insoportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04
Tomo pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05
He olvidado qué es pasarlo bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06
Tengo los nervios de punta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07
Tengo dolor al cambiar de postura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08
Me encuentro solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09
Solo puedo andar por dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
Me cuesta agacharme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Todo me cuesta un esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12

	SI	NO	
Me despierto antes de la hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
Soy totalmente incapaz de andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Últimamente me resulta difícil contactar con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
	SI	NO	
Los días se me hacen interminables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
Me cuesta subir y bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
Me cuesta coger las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18

Recuerde que si usted no está seguro/a de contestar sí o no a un problema, señale aquella respuesta que le parezca más cierta en la actualidad

	SI	NO	
Tengo dolor al andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
Últimamente me enfado con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Creo que soy una carga para los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
	SI	NO	
Me paso la mayor parte de la noche despierto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
Siento que estoy perdiendo el control de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
Tengo dolor cuando estoy de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24

Me cuesta vestirme	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	25
Enseguida me quedo sin fuerzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
Me cuesta estar de pie mucho rato (por ejemplo, haciendo cola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
Tengo dolor constantemente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	28
Me cuesta mucho dormirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
Creo que no tengo nadie en quién confiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
Las preocupaciones me desvelan por la noche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	31
Creo que no vale la pena vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
Duermo mal por las noches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
Me cuesta llevarme bién con la gente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	34
Necesito ayuda para caminar fuera de casa (como por ejemplo, bastón, muletas o alguien que me ayude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
Tengo dolor al subir y bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
Me despierto desanimado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	37
Tengo dolor cuando estoy sentado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38

En la lista siguiente señale "sí" para cada uno de los aspectos de su vida que se haya visto afectado por su salud. Conteste "no" para aquellos aspectos que no estén afectados.

Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su puesto de trabajo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	39
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con los trabajos domésticos? (como por ejemplo, limpiar, cocinar, pintar, hacer reparaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
Actualmente, su estado de salud, le causa problemas con su vida social? (como por ejemplo, salir, ver a los amigos, ir al bar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su vida familiar? (es decir, las relaciones con los de casa)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	42
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas en su vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con sus pasatiempos y aficiones? (como por ejemplo, hacer deportes, ver la TV, hacer media, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con los días de fiesta? (vacaciones, navidades, fines de semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45

8.5.-ANEXO 5. PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM. TABLA DE EQUIVALENCIAS ENTRE LAS DIMENSIONES DEL PERFIL Y EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS ÍTEM QUE LES CORRESPONDEN.

DIMENSIÓN DEL PERFIL	Nº DE ORDEN DE LOS ÍTEM
Disminución de energía	01, 12, 26
Dolor físico	02, 04, 08, 19, 24, 28, 36, 38
Problemas emocionales	03, 06, 07, 16, 20, 23, 31, 32, 37
Alteraciones del sueño	05, 13, 22, 29, 33
Aislamiento social	09, 15, 21, 30, 34
Disminución de la movilidad	10, 11, 14, 17, 18, 25, 27, 35

8.6.-ANEXO 6. CUESTIONARIO DE BURNAM. VERSIÓN EN CASTELLANO

1.-¿Durante la última semana, con que frecuencia se ha sentido triste?

- Raramente o nunca (menos de un día)
- A veces (uno o dos días)
- A menudo (tres o cuatro días)
- Todo o la mayor parte del tiempo (5-7 días)

2.-¿Durante la última semana, con que frecuencia ha tenido sueño inquieto?

- Raramente o nunca (menos de un día)
- A veces (uno o dos días)
- A menudo (tres o cuatro días)
- Todo o la mayor parte del tiempo (5-7 días)

3.-¿Durante la última semana, con que frecuencia ha disfrutado de la vida?

- Raramente o nunca (menos de un día)
- A veces (uno o dos días)
- A menudo (tres o cuatro días)
- Todo o la mayor parte del tiempo (5-7 días)

4.-¿Durante la última semana, con que frecuencia ha tenido ratos en los que ha llorado?

- Raramente o nunca (menos de un día)
- A veces (uno o dos días)
- A menudo (tres o cuatro días)
- Todo o la mayor parte del tiempo (5-7 días)

5.-¿Durante la última semana, con que frecuencia se ha sentido triste?

- Raramente o nunca (menos de un día)
- A veces (uno o dos días)
- A menudo (tres o cuatro días)
- Todo o la mayor parte del tiempo (5-7 días)

6.-¿Durante la última semana, con que frecuencia ha sentido que la gente le tenía antipatía?

- Raramente o nunca (menos de un día)
- A veces (uno o dos días)
- A menudo (tres o cuatro días)
- Todo o la mayor parte del tiempo (5-7 días)

7.-¿En el pasado año, ha habido 2 semanas o más durante las cuales se ha sentido triste, melancólico o deprimido, o ha perdido el placer por cosas que habitualmente le interesaban o le divertían?

- NO
- SI

8.a.-¿Ha habido durante su vida dos o más años durante los cuales se ha sentido triste o deprimido la mayor parte de los días, incluso aunque se haya sentido perfectamente a veces?

NO
SI

8.b.-¿Se ha sentido deprimido o triste gran parte del tiempo durante el pasado año?

NO
SI

8 (total) Se puntúa 1 si la respuesta en 8.a. y 8.b. es "SI" (en ambas). En los demás casos se puntúa 0.

8.7.-ANEXO 7. RESUMEN.

Con el objetivo de conocer la calidad de vida de las personas inmovilizadas y sus factores asociados, se diseñó un estudio descriptivo transversal en el que se estudiaron las características sociodemográficas, los problemas de salud detectados por el médico, los resultados de la valoración de enfermería del estado funcional, las condiciones socioambientales, la calidad de vida mediante el Perfil de Salud de Nottingham, la presencia de trastornos depresivos mediante el Cuestionario de Bumam, y la frecuencia de la asistencia domiciliaria, en todas las personas mayores atendidas por los Equipos de Atención Primaria del distrito de Chamartín e incluidas en el Programa de Atención a personas inmovilizadas.

Entre los resultados encontrados se destacan la elevada tasa de inmovilidad, la pluripatología, la incapacidad funcional, y las pésimas condiciones económicas y de habitabilidad de la vivienda de gran parte de estas personas. Se observó una elevada prevalencia de síntomas y trastornos depresivos, que no eran detectados por los médicos. La calidad de vida presentaba un elevado deterioro, que se explicaba principalmente por la presencia de síntomas depresivos y la limitación en las actividades de la vida diaria. La presencia de estos síntomas incrementaba notablemente la demanda de atención domiciliaria.