



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

Facultad de Enfermería de Soria



# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

**[Calidad de vida en la población mayor de 65 años no  
institucionalizada de la provincia de Soria]**

Estudiante: María Campos Jiménez

Tutelado por: Zoraida Verde Rello

Soria, 28/5/2018

*“Al final, lo que importa no son los años de vida, sino la vida de los años”.*

(Abraham Lincoln)

## **RESUMEN**

### **INTRODUCCIÓN**

El progresivo y, en algunos casos, vertiginoso envejecimiento de la población supone un reto para el sistema de salud actual. Es un reto que se debe abordar ya, en profundidad y desde la transversalidad, con todos los medios al alcance de nuestras manos. El primer paso es el conocimiento de la situación actual a partir de datos objetivables de los que se puedan extrapolar resultados e intuir futuras vías de actuación.

### **OBJETIVOS**

Evaluar la calidad de vida, fuerza y percepción del dolor en la población mayor de 65 años de la provincia de Soria.

Analizar la relación entre calidad de vida, fuerza, percepción del dolor y variables clínicas en la población mayor de 65 años de la provincia de Soria

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional descriptivo, sobre la población registrada en el sistema de información poblacional de la provincia de Soria mayor de 65 años. Como instrumentos de medida se utilizaron el EuroQol 5-D, el EQ-VAS, el test de Hand Grip y la escala analógica visual EVA. Como variables clínicas se estudiaron: la edad, el sexo y el número de caídas, ingresos y fármacos.

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Se estudiaron 113 individuos de los que 64 fueron mujeres y 49 hombres. La edad media de la población fue de 76,03 años. Tras el análisis de los datos se puede observar una correlación negativa entre el EQ-5D y la edad, la EVA y el Hand Grip. Además, el EQ-VAS está directamente relacionado con la fuerza muscular e inversamente relacionado con el consumo de fármacos.

### **CONCLUSIÓN**

A través del trabajo de campo realizado, podemos concluir que la calidad media de vida en Soria no es mala. Pese a ello, hay algunos factores que merecen ser resaltados. La edad, la fuerza muscular, el dolor y el consumo de fármacos interfieren directamente a la calidad de vida.

### **PALABRAS CLAVE**

Calidad de vida, adultos mayores, dolor crónico, fuerza muscular.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	[1-10]
1.1. ¿Qué es el envejecimiento?.....	[1-4]
1.2. Comorbilidades asociadas al envejecimiento.....	[4]
1.3.- Percepción del estado de salud y calidad de vida en ancianos.....	[4-6]
1.4. Medidas de calidad de vida.....	[6-10]
2. JUSTIFICACIÓN.....	[10]
3. OBJETIVOS.....	[10]
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	[10-12]
4.1. Diseño del estudio.....	[10-11]
4.2. Variables a analizar.....	[11]
4.3. Análisis de datos.....	[11]
4.4. Aspectos éticos.....	[11-12]
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	[12-16]
5.1. Descriptivos generales.....	[12-13]
5.2. Correlación entre variables clínicas, fuerza, dolor y calidad de vida.....	[14-16]
6. CONCLUSIONES.....	[17]
7. BIBLIOGRAFÍA.....	[18-20]

### ANEXOS

Anexo I. Cuestionario de evaluación de la Calidad de vida.

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Análisis de las variables demográficas y clínicas por sexo.....	[12]
Tabla 2. Correlación de Pearson entre las diferentes variables analizadas en hombres.....	[14]
Tabla 3. Correlación de Pearson entre las diferentes variables analizadas en mujeres.....	[15]

## LISTADO DE ABREVIATURAS

CRG: Grupos de Riesgo Clínico.

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.

VGG: valoración geriátrica global.

AP: atención primaria.

AVD: actividades de la vida diaria.

EVA: escala visual analógica.

DE: desviación estándar

## 1. INTRODUCCIÓN

Ante la evolución demográfica de la sociedad actual, el tema del envejecimiento y de la calidad de vida de las personas mayores se ha convertido en un eje vertebral de los estudios e investigaciones más recientes. Los datos hablan por sí solos. Según la OMS (2015) en la actualidad, la esperanza de vida supera ya los 70 años de edad y se evidencia que entre los años 2000 – 2050 la cifra de mayores de 60 años se habrá duplicado, pasando del 12% al 22%, con lo que en tan solo medio siglo ya se habrán superado los 2000 millones de ancianos a nivel mundial.

También según la OMS (2016), en un comunicado de prensa de mayo de ese año, solo entre el 2000 y el 2015 la esperanza de vida se incrementó en 5 años, lo que supone el mayor incremento desde los años 60.

Según datos de la ONU (2008); citado en Teófilo, González, Díaz y Rodríguez (2011), en España, desde 1900, la población mayor se ha multiplicado por ocho en términos absolutos, siendo más fuerte el incremento de los mayores de 80 años, que entre 1991 y 2001 aumentaron en un 42%. En el 2025 casi uno de cada cuatro ciudadanos tendrá más de 65 años y la mitad serán mayores de 50 años.

En la comunidad de Castilla y León, el número de adultos mayores de 65 años supone el 22% de la población total, un porcentaje elevado con respecto a otras comunidades autónomas del país. Dentro de esta comunidad, Soria es la provincia más envejecida. En 2015 su índice de envejecimiento (Nº de personas mayores por cada 100 niños y jóvenes hasta 15 años) era del 188,76% (Teófilo et al, 2011).

Desde comienzos del siglo XX, la población de Soria se ha reducido un 60%. Debido a esta reducción de la población y al descenso de la tasa de natalidad, los adultos mayores de 65 años han pasado del 5,5% en el año 1900 al 25,2% en el año 2008 (Teófilo et al, 2011).

En cuanto a la esperanza de vida en España, que en 1900 era de 34,76 años, en un siglo ha alcanzado los 79,69 años, es decir, se ha multiplicado por 2,29. Por lo que respecta a la provincia de Soria, en 2014, la esperanza de vida media en ambos sexos supera los 84 años de edad (Cuadernos fundación BBVA, 2008; Centro Virtual sobre el envejecimiento, 2014).

La esperanza de vida crece a pasos agigantados, por lo que cada vez son más los estudios acerca del envejecimiento de la población intentando entender el complejo entramado de causas y consecuencias que de él van a derivarse.

Para abordar el tema, debemos plantearnos varias cuestiones, la primera de ellas qué es y cómo ha evolucionado el concepto.

### 1.1. ¿Qué es el envejecimiento?

Según la OMS (2009) el envejecimiento es el “proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”.

En esta definición aparecen tres ideas básicas que conviene comentar: la primera, el hecho de que se trata de un proceso, por lo que supone cambios y avances constantes; la segunda, que implica cambios y por lo tanto adaptación al medio; la tercera, la personalización del proceso ya que no afecta de igual manera a los diferentes individuos.

Proceso, adaptación y personalización son tres ideas claves pero insuficientes.

Conforme van avanzando los estudios sobre el tema, se va completando y matizando su definición. Las nuevas aportaciones bibliográficas van dejando constancia de la complejidad del concepto y, sobre todo, de la necesidad de abordarlo desde diferentes puntos de vista.

Según Piñeira, Villar, Fernández, Padua y Padrón (2010, p.39), "el envejecimiento es un proceso que se lleva a cabo durante todo el tiempo que dure la existencia y por el cual atraviesan todos los seres humanos; es diferenciado de acuerdo con factores físicos, psicológicos, económicos y culturales específicos; es también multidimensional, iniciándose con el nacimiento y culminando con la vejez".

En esta definición se aportan dos ideas nuevas: se trasciende lo fisiológico para hacer referencia a un conjunto de factores mucho más diferenciados y se introduce el concepto de la multidimensionalidad. Entre esos factores multidimensionales se citan, además de los físicos, los psicológicos, los económicos y los culturales.

El envejecimiento no es solo un proceso fisiológico. Nos encontramos ante un entramado de relaciones multidimensionales e interdisciplinarias que propiciarán la aparición de nuevos enfoques y retos en el estudio y tratamiento de este tema.

Tavares y Dias (2012) insisten en que el envejecimiento es un proceso individual que ocurre de manera particular para cada individuo y en que responde a los diferentes factores que influyen en el curso de la vida: fisiológico, social, psicológico, económico, ambiental y cultural.

En esta definición se aportan nuevos factores que inciden en el envejecimiento: los sociales y los ambientales.

Fijándonos en todos ellos, observamos que hay dos que se refieren más directamente al individuo, los fisiológicos y los psicológicos, mientras que el resto podrían relacionarse con el entorno. Prevalece la idea de que el envejecimiento es un proceso pero se van matizando aquellos factores que influirán en él. En palabras sencillas, el envejecimiento no depende solo de la persona que envejece sino del entorno que le rodea.

Para Ferreira, Cavalcante, Barbosa, Pires y Brasil (2015) el envejecimiento es un proceso secuencial, acumulativo, irreversible, no patológico y común a todo organismo vivo. De nuevo, una aportación significativa: es un proceso secuencial pero también acumulativo. A partir de esta definición intuimos que todo lo que forma parte del proceso de envejecimiento supone una experiencia acumulada, tanto física como psíquica e incluso social o cultural que conformará el resultado final del proceso de envejecimiento de cada individuo y que lo hará único y diferente al de los demás.

Hay autores que hablan de que el envejecimiento posee unos *atributos* específicos. Algunos son bastante obvios y previamente tratados, como la irreversibilidad, la individualidad

o la multidimensionalidad, pero también se aportan atributos nuevos, como la autoevaluación y la redefinición de uno mismo (Alvarado y Salazar, 2014).

Aludir a la autoevaluación y a la redefinición de uno mismo nos sugiere la reflexión de que el envejecimiento nos conduce a una nueva etapa de la vida, la vejez, en la que será fundamental la adaptación al cambio que supone. Por lo tanto y, en términos generales, debemos partir de la idea de que, si cada persona vive su propio proceso de envejecimiento, sería conveniente, siempre que sea posible, que pudiese autoevaluarse y, en su caso, redefinirse para conseguir una vejez más satisfactoria.

Además, la autoevaluación exige percepción individual del propio proceso de envejecimiento, algo que, como veremos más adelante, abrirá múltiples posibilidades en los estudios sobre este tema.

Vista la definición del concepto y las diferentes aportaciones que se van haciendo al mismo, sería conveniente diferenciar el envejecimiento de la vejez. El envejecimiento, como hemos señalado, es un proceso complejo, en el que intervienen muchas variables y que compone nuestro ciclo vital. “Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos” (Alvarado y Salazar, 2014, p.59).

Pero vejez y envejecimiento, aunque tienen muchos puntos en común, no son conceptos equiparables. “La vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un conjunto más global: el envejecimiento” (Alvarado y Salazar, 2014, p.59).

La vejez es, pues, una etapa más del proceso de envejecimiento, pero en la que los efectos del paso del tiempo se muestran con mayor claridad. Es por ello que conseguir que la población llegue a esa etapa en la mejor de las condiciones se ha convertido en un objetivo prioritario de la gerontología.

Los cambios que se producen en los adultos mayores al llegar a la vejez son más que evidentes. Conocerlos, comprenderlos y analizarlos contribuirá, sin duda, a una mejor calidad de vida.

Es indudable que, en términos generales, es en la vejez o tercera edad cuando más se resiente la salud y cuando es más difícil conseguir un estado de bienestar, ya que el declive físico y psicológico se hace más notorio, y a lo que se añaden factores de otros tipos, como sociales, económicos, ambientales o culturales, entre otros.

¿Qué entendemos por salud? Según La OMS (2009) la salud no se mide únicamente por la ausencia de enfermedad, sino que debemos entenderla como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Atendiendo a esta definición, en la que se refiere a un estado de “completo bienestar”, resulta difícil aplicarla a los adultos mayores.

Según Martínez y Fernández (2008, p.4) la salud en el adulto mayor es considerada como “la capacidad de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir”.



La capacidad de atenderse a sí mismo, el mantener su capacidad funcional, es esencial en esta etapa de la vida. Según López et al. (2006) habría que promover un envejecimiento saludable para así retardar la dependencia y potenciar la capacidad funcional, la autonomía y la interdependencia.

## 1.2. Comorbilidades asociadas al envejecimiento

Desgraciadamente, un alto porcentaje de adultos mayores presentan problemas de salud y muchos de ellos de comorbilidad.

Entendemos por comorbilidad (Martínez y Gaminde, 2011) la presencia recurrente de dos o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo. Entre las enfermedades más frecuentes en adultos mayores de 65 años encontramos las siguientes enfermedades: cardiovasculares, como HTA, cardiopatía isquémica, valvulopatías, ACV, tromboflebitis o varices; osteoarticulares, como artrosis, rigidez o anquilosis; respiratorias, como neumonía, proceso obstructivo, infecciones o cáncer de pulmón; neuropsiquiátricas, como demencia, párkinson o depresión; endocrino-metabólicas, como diabetes, alteración glándula tiroides o alteraciones del estado nutricional; enfermedades del sistema digestivo, como hernias, tumoraciones o colelitiasis; enfermedades genitourinarias, como infecciones, insuficiencia renal, alteraciones de próstata o incontinencia; enfermedades hematológicas, como la anemia; y enfermedades de los órganos de los sentidos, como sordera, catarata, glaucoma o tumores de la piel, entre otros (Sastre y Raimondi, 2007).

Visto este amplio espectro de patologías, podemos concluir que no todos los adultos mayores envejecen igual. Se han catalogado diferentes tipos de envejecimiento: satisfactorio, cuando se trata de ancianos que gozan de buena salud y mantienen un buen estado y sus funciones físicas y psicológicas; habitual, cuando el conjunto de patologías les afecta con cierta limitación funcional pero conservan su autonomía para las AVD; anciano frágil, cuando se refiere a un grupo de ancianos mayores de 80 años que viven solos, con dificultades para desplazarse, alteraciones visuales, auditivas y de otros tipos, que les hacen muy propensos a las caídas y accidentes en general; y patológico, si se refiere a ancianos con enfermedades crónicas graves, con tendencia a la incapacidad (Sastre y Raimondi, 2007).

## 1.3. Percepción del estado de salud y calidad de vida en ancianos.

De todas formas, la percepción que las personas tienen de su salud es muy diferente de unas a otras. Tan importante como la salud en sí misma es la satisfacción que puedan o no manifestar en relación a su calidad de vida. Hay estudios que demuestran que las personas felices viven más tiempo que las que no lo son y perciben de una manera más positiva su estado de salud, de lo que se puede concluir que la felicidad y la satisfacción afectan a la salud tanto objetiva como subjetivamente (Iglesias, Bárcena, Valle, Abella y Galán, 2011).

Para conseguir esta satisfacción es fundamental la adaptación a los nuevos cambios que se producen.

Estos cambios pueden ser de varios tipos: se producen cambios biológicos que provocan un descenso de las reservas funcionales y de la capacidad de adaptación; cambios psicológicos, que dependen de múltiples factores como los socioeconómicos o los culturales y

que son más evidentes a partir de los 70 años; cambios intelectuales, que aluden al declive intelectual o al deterioro, cuando está relacionado con la enfermedad o la demencia; cambios en la personalidad, que no dependen de la edad cronológica sino de la capacidad de adaptación al proceso de envejecimiento; y cambios sociales, como la pobreza relativa derivada de la jubilación, los problemas relacionados con la vivienda (acondicionamiento o necesidad de barreras arquitectónicas) o reducción del espacio vital del adulto mayor, entre otros (Benítez y Asensio, s.f.).

El proceso de adaptación no es fácil porque, como hemos ido señalando, son muchos los factores que influyen en el proceso de envejecimiento y que condicionan la calidad de vida al llegar a la vejez.

Benítez y Asensio recogen tres teorías para explicar el proceso de adaptación: la teoría de la desconexión, que defiende que para tener una vejez más satisfactoria hay que cortar vínculos con lo anterior y estar abierto a la adquisición de nuevas experiencias; la teoría de la actividad, que postula que para envejecer con más salud se debe permanecer lo más activo posible; y la teoría de la continuidad, que mantiene que el adulto mayor tiene una vejez más satisfactoria cuando hace frente a situaciones nuevas pero sin romper con vínculos previos.

Conseguir una buena calidad de vida (CVRS) es hoy por hoy una de las claves en todos los estudios gerontológicos actuales porque de ella depende el éxito del envejecimiento.

Se han descrito varios modelos de envejecimiento: el exitoso, que hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida. Se mantienen unas buenas relaciones interpersonales y una actitud participativa y colaborativa en actividades de todo tipo; el saludable, que consiste en desarrollar desde edades tempranas estilos de vida saludables y en prevenir algunas enfermedades y discapacidades; y el activo, que consiste en participar de manera activa en aspectos sociales, económicos, culturales (Alvarado y Salazar, 2014).

Pero entender qué se entiende por calidad de vida (CVRS) no es tarea fácil debido a la controversia que suscita, sobre todo a la hora de valorar qué aspectos son los que influyen en ella.

Tradicionalmente, la calidad de vida se definía con criterios objetivos, basados principalmente en la salud física y psicológica del adulto mayor. La bibliografía más reciente incorpora la percepción del paciente, pero dada la subjetividad de estas percepciones, los resultados corren el riesgo de perder objetividad.

En líneas generales, existen dos posturas ante la calidad de vida de los adultos mayores: los que consideran que debe basarse exclusivamente en la percepción subjetiva y los que aúnan condiciones subjetivas y objetivas, buscando una visión más integral, y que es la que se trabaja en la actualidad.

Atendiendo a este doble enfoque, la calidad de vida responderá, por una parte, a la percepción que cada individuo tenga sobre el grado de satisfacción con su vida y, por otra, al análisis de todos aquellos factores externos y objetivos que estén condicionando de forma positiva o negativa su existencia (Iglesias et al., 2011).

Poco a poco van apareciendo nuevos instrumentos para abordar el tema de la calidad de la vida de los adultos mayores. Algunos de ellos destacan su carácter subjetivo, multidimensional, complejo y coyuntural (Iglesias et al., 2011).

El subjetivo porque ante una misma situación no todas las personas la perciben igual: hay mayores con graves limitaciones o discapacidades que se muestran más satisfechos con su calidad de vida que otras personas que no las padecen. Muchas veces, el estado de satisfacción está influenciado por el estado de ánimo (Schwartzmann, 2003) y esto también puede distorsionar los resultados.

Es multidimensional porque no valora solo la salud física, sino también la psicológica, social e incluso emocional.

Es complejo porque no todas las fuentes de satisfacción pueden ser satisfechas, lo que puede repercutir negativamente en la valoración de los éxitos conseguidos.

Es coyuntural porque el grado de satisfacción varía mucho a lo largo del ciclo vital o dependiendo de las diferentes situaciones vividas.

Para algunos autores, “la calidad de vida de las personas mayores se relaciona directamente con la posibilidad de tomar decisiones y organizar sus vidas, en relación con los demás y con el entorno, es decir, de ser y de sentirse competentes” (Iglesias et al., 2011, p.13).

El ser y sentirse competente puede ser una de las claves del envejecimiento exitoso y de la calidad de vida. En este sentido, algunos estudios destacan la diferente percepción que existe entre el adulto mayor y su entorno familiar respecto a este tema. Para el primero, calidad de vida implica paz, tranquilidad, conservación de su propio espacio, libertad de expresión y libertad de decisión, algo así como ser y sentirse competente; para su núcleo familiar, lo prioritario es la satisfacción de las necesidades básicas como la alimentación, el vestido, la vivienda o la higiene (Vera, 2017).

#### 1.4. Medidas de calidad de vida.

Como puede observarse, hay muchos puntos de vista a la hora de valorar y medir la calidad de vida. Depende de quién parta la valoración, de la finalidad que se busque, de los factores que se pretendan observar o de los indicadores que se pretendan medir.

En general, se promueven dos enfoques de investigación, en un intento por aunar lo subjetivo y lo objetivo, la percepción el adulto mayor con los datos cuantificables que ofrece su entorno: el enfoque cuantitativo y el cualitativo. El primero mide la calidad de vida a través de ciertos indicadores como los socioeconómicos o psicológicos, entre otros, mientras que el enfoque cualitativo desarrolla la estrategia de la escucha activa (Iglesias et al., 2011).

Evaluar o medir la calidad de vida es importante por varias razones. Desde un punto de vista asistencial, porque proporciona información sobre el estado de salud general del paciente, ayuda a tomar decisiones clínicas y mejora la comunicación entre el paciente y el personal sanitario; desde la perspectiva de la gestión, porque puede resultar útil en la planificación de servicios. Desde el punto de vista de la percepción del paciente, porque ayudaría a reconocer los factores que influyen negativamente en su CVRS y suscitarían

estrategias de intervenciones para conseguir el mayor bienestar posible. Además, el objetivo no debe ser únicamente mejorar la CVRS sino ofrecer cuidados personalizados de calidad (González, 2017).

Llegada la conclusión de la necesidad de medir la calidad de vida, se suscitan dos preguntas: dónde medirla y cómo medirla.

El lugar idóneo para velar por la calidad de vida de las personas mayores es Atención Primaria. Por tres motivos fundamentales: en primer lugar, porque son centros de prevención y promoción de la salud (Regato, s.f.). El envejecimiento activo y exitoso es un proceso largo que se gesta a lo largo de todo el ciclo vital, por lo que desde AP se deben articular actuaciones preventivas para fomentar una vejez saludable. En segundo lugar, porque desde AP puede llevarse a cabo una valoración geriátrica global (VGG) del adulto mayor. Se denomina VGG al proceso diagnóstico estructurado, dinámico, multidimensional y multidisciplinar que permite identificar las carencias de salud de las personas mayores para poder intervenir sobre ellas. Al ser un diagnóstico estructurado exige método y cuantificación; al ser dinámico, requiere continuidad en el tiempo y capacidad de adaptación a las diferentes situaciones del individuo; al ser multidimensional, evalúa diferentes áreas; y al ser multidisciplinar, implica a diferentes profesionales de la salud. (Gorroñoigoitia y Martín, s.f.). Esta técnica, que complementa a la historia clínica habitual, permite valorar la salud desde una perspectiva múltiple, compleja y global. Las áreas que comprende la VGG son la valoración clínico-física, la funcional, la mental y la social (Gorroñoigoitia y Martín, s.f.) abriendo un amplio abanico de indicadores en la valoración de la salud del adulto mayor. El tercer motivo es la relación enfermero-paciente. Es en los Centros de Atención Primaria donde se establece un contacto más directo con los enfermos, estableciendo un vínculo enfermera- paciente que hace que estos se sientan más cómodos y se expresen de manera más natural. Enfermería adquiere, pues, un papel fundamental en este ámbito, ya que va a ser la encargada de analizar, gracias a la realización de entrevistas directas o a través de diferentes escalas y cuestionarios, los principales aspectos que interfieren en la calidad de vida de las personas mayores. Esto va a permitir planificar y diseñar protocolos y actividades de prevención y promoción de la salud ajustados a cada paciente, encaminados a mejorar o retrasar los efectos producidos por el envejecimiento y pudiendo llegar a alcanzar un “envejecimiento exitoso”.

La segunda cuestión intentaba responder a cómo evaluar la calidad de vida. Actualmente, en estos centros de AP, se trabaja con escalas como “el cuestionario de valoración del anciano”, según el modelo de las necesidades de V. Henderson; el Índice de Lawton y Brody para evaluar las AVD; el Índice de Barthel para determinar el nivel de dependencia; el Índice de Katz; la escala de depresión geriátrica de Yesavage; etc (López et al., 2006). El factor común que subyace en todas estas escalas es su referencia al análisis de las funciones físicas de los adultos mayores lo que, como ya hemos mencionado anteriormente, resulta insuficiente, o al menos incompleto, para determinar la calidad de vida de los adultos mayores, término que debe incluir además el estado emocional de estas personas, su relación con el medio, el sentirse integrado dentro de un grupo social y/o familiar o el sentido que le atribuye a la vida, entre otras (Real, 2008).

Tras la lectura de diferentes fuentes bibliográficas, encontramos que los principales factores que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores, según su propia percepción,

son los siguientes: la pérdida de las funciones físicas asociadas con el proceso natural de envejecimiento, la fragilidad y las caídas, la comorbilidad y los efectos adversos de la polimedición, el dolor crónico, la ansiedad y la depresión y la pérdida del control sobre su propia vida.

Es indudable afirmar que el proceso natural de envejecimiento trae consigo una pérdida de las funciones físicas del individuo. Estas pérdidas progresivas limitan a los adultos mayores a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria, las actividades relacionadas con el cuidado y el aseo personal, las actividades instrumentales de la vida diaria y las diferentes actividades realizadas para el correcto mantenimiento del ambiente (Gorroñoigoitia y Martín, s.f.). Estas limitaciones generan en los adultos mayores un sentimiento de dependencia e inutilidad que repercute directamente en su percepción de la calidad de vida.

Una de las consecuencias más graves que trae consigo la fragilidad de los adultos mayores son las caídas, muy frecuentes en este grupo de edad, y que traen consigo una serie de consecuencias que limitan la calidad de vida. Entre estas consecuencias encontramos las fracturas, la pérdida repentina de las funciones físicas, el dolor, el miedo a volver a caer o disminución del equilibrio y la fuerza muscular (Vidarte, Quintero y Herazo, 2012).

A medida que la edad de las personas aumenta, se incrementa también el riesgo de padecer diferentes enfermedades. Esta premisa está íntimamente relacionada con la polimedición, concepto que el Consejo Internacional de Salud (2009); citado en Martínez y Fernández (2008), considera como el consumo de más de cinco fármacos diferentes durante al menos 6 meses. Su prevalencia en adultos mayores no institucionalizados se sitúa entre el 33,7% y el 49,6%. Este grave problema de salud puede repercutir directamente en la calidad de vida de este grupo de edad ya que conlleva la asociación de múltiples enfermedades crónicas que limitan las capacidades físicas, psicológicas y sociales de los individuos. Por otra parte, la interacción producida entre los diferentes medicamentos puede causar una serie de efectos secundarios (riesgo de caídas, inestabilidad, pérdida del equilibrio...) que comprometan directamente el estado de salud de los pacientes y, por tanto, su calidad de vida (Martínez y Gaminde, 2011).

Según Araña, (2011); citado en Cerquera, (2017) la prevalencia del dolor, junto a las pérdidas asociadas al envejecimiento, crean en los adultos mayores una serie de cambios a nivel físico, sensorial o cognitivo, que provocan el deterioro de las capacidades funcionales generando, en ciertos casos, una dependencia funcional. Si bien es cierto todo lo que se afirma en el artículo, considero que hay que valorar también un aspecto fundamental: la autopercepción del dolor.

Son muchos los adultos mayores que no son capaces de aceptar y afrontar el proceso de envejecimiento en sí mismo. La pérdida progresiva de las funciones vitales, la disminución o pérdida de la autonomía o el aislamiento social les genera un sentimiento de inutilidad, soledad y desamparo que culmina, en numerosas ocasiones, en ansiedad y depresión. Esta situación disminuye considerablemente la calidad de vida de estos adultos mayores ya que les impide adquirir una actitud positiva para enfrentarse a la vida (Sastre y Raimondi, 2007; López et al., 2006).

Por último, un factor que afecta notablemente a la calidad de vida de los adultos mayores, y que no siempre se tiene en cuenta, es el sentimiento de pérdida del control sobre su propia vida. Para estas personas, el seguir sintiéndose útiles, el tomar sus propias decisiones y organizar sus vidas, el sentir que siguen siendo una parte importante dentro del núcleo familiar y, en definitiva, el ser y sentirse competentes con su propia vida, genera en ellos un sentimiento de satisfacción que mejora considerablemente su calidad de vida (Sánchez, González, Alerm y Bacallao, 2014; Vera, 2007).

Analizados los factores más comunes que afectan a la calidad de vida de la población mayor de 65 años y los medios empleados para medirlos, propongo tres cuestionarios y escalas que, a mi parecer, resultan de gran interés a la hora de medir, valorar y extraer conclusiones sobre la calidad de vida, tanto desde un punto de vista objetivo como subjetivo.

La escala visual analógica del dolor EVA es una escala que permite medir la intensidad subjetiva del dolor. Está basada en una línea de 10 cm, numerada del 0-10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor imaginable. Según la puntuación obtenida, la valoración será: 1 (dolor leve, si el paciente puntúa el dolor menor de 3), 2 (dolor moderado, si la valoración se sitúa entre 4-7) y 3 (dolor severo, si la valoración es igual o superior a 8) (Casals y Samper, 2004).

El test de HandGrip es un test anaeróbico que permite medir la fuerza isométrica máxima de los músculos de la mano y el antebrazo. Para su realización es necesario el uso de un dinamómetro (instrumento para medir la fuerza, basado en la capacidad de deformación de los cuerpos elásticos.). Colocaremos al paciente en bipedestación, con el brazo relajado, la mano ligeramente separada del cuerpo y la pantalla de lectura del dinamómetro orientada hacia la parte externa del individuo. Seguidamente, le pediremos que presione el aparato durante al menos 5-10 segundos sin mover el brazo. Esta técnica deberá realizarse una media de dos - tres veces con cada mano y se registrará el mejor valor obtenido (Roberts, H. et al., 2011).

El EuroQol-5D es uno de los instrumentos genéricos más apropiados para medir la CVRS ya que incluye la percepción propia del funcionamiento físico, social y mental y, además, puede ser aplicado tanto en la población general como en grupos de pacientes con diferentes patologías. En él, el propio individuo es el que va a valorar su estado de salud, primero en niveles de gravedad a través de cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y luego a través de una escala visual analógica vertical de 20 cm, numerada del 0-100, donde 0 es el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor (Delgado et al., 2011; Herdman, Badia y Berra, 2015).

Cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente va a presentar tres valores de gravedad: 1 (sin problemas), 2 (algún problema), 3 (problemas graves o severos). En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud, en cada una de las dimensiones, refiriéndose únicamente al día en el que se está cumplimentando el cuestionario (Delgado et al., 2011; Herdman, Badia y Berra, 2015).

Este cuestionario presenta numerosas ventajas a la hora de medir la CVRS en Atención Primaria ya que se trata de un instrumento corto y sencillo de realizar, lo que repercute positivamente en la cantidad y calidad de los datos recogidos (menor número de respuestas

perdidas o equivocadas); se ha comprobado su validez en diferentes grupos de edad y es sensible a la detección de los cambios producidos en el estado de salud de varios grupos de pacientes, hecho fundamental para medir los resultados en la calidad de vida a lo largo del tiempo (Delgado et al., 2011; Herdman, Badia y Berra, 2015).

## 2. JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida de los adultos mayores es y debe seguir siendo en el futuro próximo un objetivo prioritario de nuestro sistema de salud. En las últimas décadas este tema ha adquirido especial relevancia debido al envejecimiento progresivo de la sociedad, envejecimiento que en la provincia de Soria se hace mucho más evidente a causa de la despoblación y la alarmante disminución de la tasa de natalidad.

A través de una serie de preguntas cerradas y diferentes cuestionarios seleccionados para medir la calidad de vida de la población mayor de 65 años (Anexo I), se pretenden extraer datos objetivables, que nos informen de la situación de salud actual de nuestros mayores.

La realización de este estudio tiene especial trascendencia en los centros de Atención Primaria donde, gracias a la consecución de escalas y cuestionarios, se podría observar y analizar de manera global el proceso de envejecimiento y los factores que afectan a la calidad de vida.

En definitiva, si entendemos y asumimos lo que supone envejecer y llegamos a la conclusión de los principales aspectos a tener en cuenta para mantener una buena calidad de vida, en un futuro, desde Atención Primaria se podrían llevar a cabo programas de prevención y promoción de la salud ajustados a cada individuo que les permitan mantener una buena calidad de vida a pesar de los aspectos negativos que conlleva el envejecimiento.

## 3. OBJETIVOS

Evaluar la calidad de vida, la fuerza y la percepción del dolor en la población mayor de 65 años de la provincia de Soria.

Analizar la relación entre la calidad de vida, fuerza, percepción del dolor y variables clínicas en la población mayor de 65 años de la provincia de Soria.

## 4. METODOLOGÍA: MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo, sobre la población registrada en el sistema de información poblacional de la provincia de Soria mayor de 65 años.

La selección de pacientes se realizó mediante un proceso de selección aleatoria consecutiva de pacientes atendidos en el Centro de Atención Primaria de la población de Soria durante los meses de marzo y abril del 2018.

La selección se realizó atendiendo a los siguientes criterios:

•Criterios de inclusión: personas de edad mayor o igual a 65 años no institucionalizados, con CRG (Grupos de Riesgo Clínico) registrado en su historia clínica, y acepten participar en el estudio firmando un consentimiento informado.

•Criterios de exclusión: ancianos con patologías que les impida la comunicación o con deterioro cognitivo, neoplasias malignas.

#### 4.2. Variables a analizar:

Estas variables se recogieron en el Centro de Atención de Primaria cuando se reclutaron los sujetos.

- Datos clínicos: Se recogieron variables clínicas como el sexo, la edad, el número de caídas, ingresos hospitalarios en el último año y número de fármacos pautados.
- Calidad de vida y fuerza muscular. La calidad de vida y la fuerza muscular serán evaluadas utilizando cuestionarios y pruebas validadas para esta población.

1) Calidad de vida (cuestionario EuroQol-5D).

2) Fuerza muscular (Hand Grip Test).

- Dolor crónico: este parámetro se medirá a través de la escala analógica visual EVA.

#### 4.3. Análisis de datos:

Se calcularon los estadísticos descriptivos para las variables clínicas, calidad de vida, condición física y dolor crónico analizadas. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó la prueba ANOVA. Asimismo, se empleó la correlación de Pearson para comparar variables continuas.

Todos los análisis serán llevados a cabo utilizando el statistical package for social sciences (SPSS v 20.0 para WINDOWS; SPSS Inc, Chicago,IL). El nivel de significación ( $\alpha$ ) se fijó en 0.05.

Se garantizaron las buenas prácticas clínicas y la confidencialidad, tanto de la recogida de datos como en la obtención de los resultados, según la legislación sobre protección de datos vigente en España (Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, 15/1999).

#### 4.4. Aspectos éticos:

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de Área de Salud de Burgos y Soria (Ref. CEIC 1446).

Todos los individuos que voluntariamente participaron en el estudio firmaron un consentimiento informado y, se les informó del contenido del mismo mediante la lectura y entrega de una carta en la que se identificaron los autores del estudio y los objetivos del mismo, así como del tratamiento confidencial de todos los datos. Los resultados obtenidos se emplearán exclusivamente para fines de investigación, y en ningún caso se revelarán las identidades de los participantes.



El estudio se ajustó a las siguientes leyes Europeas y Españolas, acuerdos y declaraciones internacionales: (I) Carta de los derechos fundamentales de la UE, (II) Directiva 2001/20/EC del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa de 4 de Abril de 2001 sobre la aproximación de las leyes, disposiciones regulatorias y administrativas de los Estados miembros con respecto al uso de las normas de Buena Práctica Clínica, (III) Directiva 95/46/EC del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de Octubre de 1995 acerca de la protección de los individuos con respecto a sus datos personales y la confidencialidad y uso de dichos datos, (IV) Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, (V) Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, (VI) Declaración actualizada de Helsinki, (VII) Convenio del Consejo de Europa sobre Derechos Humanos y Biomedicina firmado en Oviedo el 4 de Abril de 1997.

## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1. Descriptivos generales.

Se recogió una muestra de 113 individuos mayores de 65 años de los cuales, 49 fueron hombres y 64 mujeres.

En la tabla 1 se describen los valores medios y la desviación estándar (DE) para las variables analizadas en el total de la población y divididos por sexo.

TABLA 1: Análisis de las variables demográficas y clínicas por sexo.

	<b>TOTAL</b> <b>Nº=113</b>	<b>HOMBRES</b> <b>Nº=49</b>	<b>MUJERES</b> <b>Nº=64</b>	<b>P</b>
<b>EDAD</b>	76,03 ± 7,39	76,45 ± 6,97	76,11 ± 7,73	0,82
<b>Nº DE FÁRMACOS</b>	3,08 ± 2,2	3,20 ± 2,25	3,05 ± 2,27	0,72
<b>Nº DE CAÍDAS/AÑO</b>	0,15 ± 0,40	0,04 ± 0,2	0,27 ± 0,51	<b>0,004</b>
<b>Nº DE INGRESOS/AÑO</b>	0,10 ± 0,30	0,12 ± 0,33	0,09 ± 0,29	0,63
<b>PUNTUACIÓN EVA</b>	2,62 ± 2,55	2,27 ± 2,23	3,19 ± 2,74	<b>0,058</b>
<b>HAND GRIP TEST DERECHA</b>	23,58 ± 9,74	28,77 ± 10,19	19,06 ± 5,70	<b>&lt;0,001</b>
<b>HAND GRIP TEST IZQUIERDA</b>	20,96 ± 7,78	25,96 ± 9,95	16,31 ± 6,28	<b>&lt;0,001</b>
<b>EUROQOL 5-D</b>	0,89 ± 0,11	0,92 ± 0,10	0,86 ± 0,11	0,08
<b>EQ-VAS</b>	72,14 ± 16,72	75,92 ± 14,42	69,14 ± 18,31	<b>0,035</b>

Nota: valores: media ± DE. Los valores estadísticamente significativos (p<0,05) se han señalado en negrita.

Según los datos obtenidos, la media de edad de los individuos que participaron en el estudio fue de 76 años, sin diferencias significativas entre sexos.

Respecto al consumo de fármacos, encontramos una media de 3/día, por lo que no sería correcto hablar de polimedicación ya que requiere el consumo de al menos 5 fármacos/día durante al menos 6 meses.

El número de caídas sufridas por los individuos durante el último año fue muy bajo. Tras el análisis de los datos obtenidos, se puede observar una media de 0,15 caídas/año. A pesar de ello se puede encontrar una diferencia significativa entre hombres y mujeres, siendo más frecuentes en el caso de las mujeres (0,27 caídas/año).

Con respecto al número de ingresos la media fue de 0,1 ingreso/año sin diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Según los datos obtenidos en la escala EVA, el valor medio de dolor crónico fue de 2,62  $\pm$  2,55 en una escala de 1-10. Esto quiere decir que, por lo general, sufren poco dolor y de una intensidad leve. Además, se puede observar que en el caso de las mujeres este dato es significativo, siendo de 3,19 (dolor moderado).

En lo referente a la fuerza muscular analizada a través del test de Hand Grip, se observó que la fuerza media de la mano derecha (23,58) fue mayor que la de la mano izquierda (20,96), tanto en hombres como en mujeres. Además, según se desprende del test, los hombres (28,77) tienen más fuerza que las mujeres (20,97). La obtención de estos valores es lógica y esperada puesto que por lo general los hombres tienen mayor fuerza muscular que las mujeres y, además, se suele tener más fuerza muscular en la mano dominante, que normalmente, es la derecha. Teniendo en cuenta otros estudios publicados, los valores medios obtenidos en el estudio (hombres: 28,77 y mujeres: 20,97) son muy similares a los esperados para un grupo de edad de entre 70-79 años (hombres: 31-28,2 y mujeres: 18,6-16,9), por lo que se podría afirmar que, en líneas generales, la población estudiada mantiene una fuerza muscular asociada a su edad (Heredia, Martín y Ruiz, 2004).

En el análisis de los datos obtenidos del EuroQol-5D se obtuvo una media de 0,89  $\pm$  0,11 sin diferencias significativas entre ambos sexos. Este valor nos indica que, por lo general, la población adulta mayor de 65 años de la provincia de Soria tiene una buena calidad de vida.

Por último, en la escala EQ-VAS 100, se obtuvo una media de 72,14  $\pm$  16,72, lo que indica que, por lo general los sujetos que participan en el estudio tienen una autopercepción positiva sobre su estado de salud actual. A pesar de ello, se pueden observar diferencias significativas entre hombres y mujeres. En este caso, las mujeres manifiestan una peor percepción sobre su estado de salud acorde con su edad. Si lo comparamos con el artículo de Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, García y Álvarez (2003) la calidad de vida autopercibida de los sujetos de nuestro estudio es mayor que la encontrada en otros lugares como Madrid (66,6), Navarra (69,92) o Cataluña (60,6). Además, coincidiendo con nuestro estudio, también se observan diferencias entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que perciben como peor su calidad de vida.

## 5.2. Correlación entre variables clínicas, fuerza, dolor y calidad de vida.

Los datos obtenidos del análisis de la correlación entre variables se encuentran recogidos en las tablas 2 y 3. Se han dividido en función del sexo de los individuos.

Tabla 2: Correlación de Pearson entre las diferentes variables analizadas en hombres.

	EDAD	Nº FÁRMACOS	Nº CAÍDAS/AÑO	Nº DE INGRESOS/AÑO	EVA	HAND GRIP TEST DERECHA	HAND GRIP TEST IZQUIERDA	EUROQOL-5D	EQ-VAS
<b>EDAD</b>	1	0,41	0,17	0,08	0,34	-0,43	-0,38	-0,44	-0,38
	-	0,004	0,25	0,61	0,19	0,002	0,007	0,002	0,009
<b>Nº DE FÁRMACOS</b>		1	0,26	0,36	0,23	-0,28	-0,28	-0,24	-0,43
		-	0,072	0,012	0,12	0,052	0,052	0,096	0,02
<b>Nº DE CAÍDAS/AÑO</b>			1	-0,08	-0,07	-0,17	-0,19	0,07	-0,01
			-	0,6	0,63	0,25	0,18	0,61	0,93
<b>Nº DE INGRESOS/AÑO</b>				1	0,01	-0,08	-0,05	-0,16	-0,29
				-	0,94	0,61	0,72	0,27	0,047
<b>EVA</b>					1	-0,26	-0,24	-0,48	-0,24
					-	0,07	0,10	0,001	0,1
<b>HAND GRIP TEST DERECHA</b>						1	0,94	0,27	0,27
						-	0,00	0,06	0,06
<b>HAND GRIP TEST IZQUIERDA</b>							1	0,23	0,28
							-	0,11	0,056
<b>EUROQOL-5D</b>								1	0,44
								-	0,001
<b>EQ-VAS (1-100)</b>									1
									-

Nota: Cada casilla contiene dos valores: 1) coeficiente de correlación de Pearson. 2) Valor p para comprobar si hay correlación significativa.

Tabla 3: Correlación de Pearson entre las diferentes variables analizadas en mujeres.

	EDAD	Nº FÁRMACOS	Nº CAÍDAS/AÑO	Nº DE INGRESOS/AÑO	EVA	HAND GRIP TEST DERECHA	HAND GRIP TEST IZQUIERDA	EUROQOL-5D	EQ-VAS
<b>EDAD</b>	1	0,12	0,03	0,17	0,05	-0,24	-0,31	-0,28	-0,04
	-	0,36	0,8	0,18	0,7	0,061	0,014	0,03	0,77
<b>Nº DE FÁRMACOS</b>		1	0,11	-0,08	0,2	-0,1	-0,13	-0,32	-0,26
		-	0,38	0,54	0,12	0,42	0,32	0,01	0,04
<b>Nº DE CAÍDAS/AÑO</b>			1	0,04	0,08	-0,13	-0,18	0,15	-0,25
			-	0,74	0,55	0,32	0,17	0,24	0,05
<b>Nº DE INGRESOS/AÑO</b>				1	0,04	0,13	-0,12	-0,09	0,07
				-	0,77	0,31	0,35	0,46	0,56
<b>EVA</b>					1	-0,15	-0,27	-0,45	-0,46
					-	0,25	0,03	0,00	0,00
<b>HAND GRIP TEST DERECHA</b>						1	0,73	0,36	0,25
						-	0,00	0,04	0,05
<b>HAND GRIP TEST IZQUIERDA</b>							1	0,39	0,33
							-	0,00	0,01
<b>EUROQOL-5D</b>								1	0,5
								-	0,00
<b>EQ-VAS</b>									1
									-

Nota: Cada casilla contiene dos valores: 1) coeficiente de correlación de Pearson. 2) Valor p para comprobar si hay correlación significativa.

Teniendo en cuenta las escalas de calidad de vida, dolor y medidas de fuerzas se han observado los siguientes resultados.

En primer lugar, se observó una correlación negativa entre la escala EVA y el EQ-5D independientemente del sexo del individuo. Adicionalmente, en mujeres se observó una correlación negativa entre los valores obtenidos en la escala EVA y el EQ-VAS. En líneas generales, se podría afirmar que a más dolor peor es la calidad de vida de ambos sexos, y adicionalmente, las mujeres lo perciben como tal. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Casals y Samper (2004) donde afirman que el dolor crónico tiene una marcada repercusión en la calidad de vida tanto física como psíquica y que, en el caso de las mujeres repercute negativamente en su calidad de vida.

Los valores de Hand Grip Test se correlacionan de nuevo negativamente con la edad, así mismo en mujeres se observó una relación positiva entre el Hand Grip, el EQ-5D y el EQ-VAS. Por otro lado, podemos interpretar que la fuerza en mujeres parecer ser un aspecto clave para la percepción general de su estado de salud. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en el artículo de Mateo, Penacho, Berisa y Plaza (2008) en el que se sostiene que, a partir de los 40 años de edad, la fuerza muscular desciende entre un 8% y un 20% cada 10 años y que podría estar asociado a la pérdida de masa y potencia muscular ocurrida en el envejecimiento.

En el caso de los datos obtenidos en el EQ-5D, se observó una correlación negativa entre este y la edad. Es lógico pensar que a medida que avanza la edad peor es la calidad de vida. Por otro lado, se observa una correlación positiva entre el EQ-5D y el EQ-VAS, lo que resulta lógico ya que, si la calidad de vida de la población es buena, la percepción de esta también lo es. Estos resultados coinciden con los encontrados en el estudio de Ferrer et al. (2010) en el que se observa una correlación directa entre el EuroQol-5 y el EQ-VAS y, además, unos valores de calidad de vida de 0,51 (EQ-5D) y 63 (EQ-VAS) en una población de nonagenarios, datos que son significativamente menores a los obtenidos en nuestro estudio con una media de edad de 76 años.

De los datos obtenidos en lo referente al EQ-VAS se puede observar, por un lado, una correlación negativa entre este y el consumo de fármacos. Por otro lado, se observa una correlación positiva con el Hand Grip. A más calidad de vida autopercebida menor es el consumo de fármacos y mayor es la fuerza muscular, o viceversa. Además, en el caso de las mujeres, se observó una correlación negativa entre el EQ-VAS y el EVA.

A la vista de los datos obtenidos podemos llegar a unos resultados generales válidos para los dos sexos y a unos resultados específicos que ponen de manifiesto algunas diferencias importantes entre ambos.

De manera general, podemos observar que existe una relación directa entre la edad, la pérdida de fuerza muscular, el número de fármacos y el dolor con la disminución de la calidad de vida en ambos sexos. Esta relación es lógica puesto que conforme avanza el proceso natural de envejecimiento, el deterioro físico y el aumento de la comorbilidad se hacen más patentes y producen un descenso de la calidad de vida. El hecho de que sea una relación lógica no implica que no debamos luchar y aportar soluciones para prevenir y retrasar los numerosos efectos negativos desencadenados del propio proceso de envejecer.

Atendiendo a las diferencias que se observan entre ambos sexos, destacamos en primer lugar que, en el caso de los hombres, a medida que avanza la edad, se incrementa de manera significativa el consumo de fármacos, hecho que no ocurre con las mujeres. Curiosamente, si observamos la autopercepción del dolor a través de la escala EVA, los hombres manifiestan una autopercepción menor que las mujeres, hecho que puede resultar contradictorio con lo expuesto anteriormente ya que, a menor dolor, menor debería ser la ingesta total de fármacos. Este hecho nos sugiere la idea de que las mujeres soportan el dolor mejor que los hombres.

## 6. CONCLUSIONES

- Según los valores obtenidos en el EQ-5D y el EQ-VAS, la población mayor de 65 años estudiada posee una buena calidad de vida, así como una autopercepción positiva sobre su estado de salud general.
- Según valores de la escala EVA, la población mayor de 65 años estudiada sufría poco dolor y de una intensidad leve.
- Las mediciones del dolor a través de la escala EVA y calidad de vida (EQ-5D y EQ-VAS) están inversamente correlacionadas en la población mayor de 65 años estudiada.
- Cuanto mayor es la edad de los individuos se produce una disminución de su fuerza muscular, así como en su calidad de vida medida a través del EQ-5D.
- Las personas mayores de 65 años con una menor fuerza muscular tienen una peor percepción de su calidad de vida (EQ-VAS).
- Sería fundamental el uso de escalas de medición de la calidad de vida en los centros de AP ya que permiten obtener resultados cuantificables sobre el estado de salud de la población.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, A.M., Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J.R., Abanades, J.C., García, N., Álvarez, C. (2003). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Atención Primaria*, 31 (5), 285-292. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670379180X>
- Benítez, M.A., Asensio, A. (s.f.). Gerontología: nociones básicas. En I. Martín, *Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria*, (pp. 3-8). Barcelona: semfyc.
- Bennett, S. (en prensa). La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias. Departamento de Comunicación de la OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>
- Casals, M., Samper, D. (2004). Epidemiology, prevalence and quality of life of non-malignant chronic pain: ITACA study. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(5), 260-269. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462004000500002&lng=es&tling=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000500002&lng=es&tling=en)
- Centro Virtual sobre el Envejecimiento. Soria. (2014). Cvirtual.org. Recuperado de: <http://www.cvirtual.org/observatorio/demografia/soria>
- Cerquera, A.M. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. *Psicogente*, 20 (38), 398-409. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00398.pdf>
- Cuadernos fundación BBVA. (2008). La población de Soria. Recuperado de: [https://w3.grupobbva.com/TLFU/dat/cpoblacion\\_48\\_soria.pdf](https://w3.grupobbva.com/TLFU/dat/cpoblacion_48_soria.pdf)
- Delgado, M.C., Prieto, M.E., Forjaz, M.J., Ayala, A., Rojo, F., Fernandez, G., Martínez, P. (2011). Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Revista Española de Salud Pública*, 85(6), 555-568. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000600005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000600005)
- Ferreira, L., Cavalcante, L.M.A., Barbosa, M.A., Pires, D., Brasil, V. (2015). Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. *Enfermería Global*, 14(40), 1-11. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000400001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400001)
- Ferrer, A., Formiga, F., Almeda, J.J., Alonso, J., Brotons, C., Pujol, R. (2010). Calidad de vida en nonagenarios: género, funcionalidad y riesgo nutricional como factores asociados. *Medicina Clínica*, 134(7), 303-306. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-calidad-vida-nonagenarios-genero-funcionalidad-S0025775309015851>
- Garatachea, N., de Paz-Fernández, J.A. (2005). Cuantificación de la actividad física en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(1), 47-52. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-cuantificacion-actividad-fisica-personas-mayores-13071186>
- González, J. (2017). Salud autopercibida en el anciano, taxonomía NOC y actividad enfermera: un enfoque práctico. *Gerokomos*, 28(1), 19-24. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n1/1134-928X-geroko-28-01-00019.pdf>
- Gorroñoigoitia, A., Martín, I. Valoración geriátrica global en Atención Primaria. En I. Martín, *Atención a las personas mayores en Atención Primaria*, (p.45). Barcelona: Semfyc.

- Herdman, M., Badia, X., Berra, S. (2015). El EuroQol 5-D: Una alterativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten primaria* 2001, 28(6), 425-429. Recuperado de: [file:///C:/Users/MARIA/Downloads/13020211\\_S300\\_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/MARIA/Downloads/13020211_S300_es%20(1).pdf)
- Heredia, E.L., Marín, G., Ruiz, J. (2004). Valores normales y límites de la normalidad de la fuerza de la mano determinados con dinamometría. *Nutrición hospitalaria*, 19 (1), 80. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112004000700074](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000700074)
- Iglesias, J.A., Bárcena, C., Valle, M.J., Abella, V., Galán, I. (2011). Premisas para la elaboración de una herramienta para valorar la calidad de vida en las personas mayores. *Gerokomos*, 21(2), 56-61. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2010000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000200002)
- López, R.M.; Colás, M.I.; Hernández, E.; Ruiz, D.; Padín, C.; Morell, R. (2006). Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. *Enfermería Clínica*, 16(1), 27-34. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862106711743>
- Martínez, A.J., Fernández, I.E. (2008). Ancianos y salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400010)
- Martínez, N.I.; Gaminde, I. (2011). Índice de comorbilidad y multimorbilidad en al paciente anciano. *Medicina clínica*, 136(10), 441-446. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310001508>
- Mateo, M.L., Penacho, M.A., Berisa, F., Plaza, A. (2008). Nuevas tablas de fuerza de la mano para la población adulta de Teruel. *Nutrición hospitalaria*, 23 (1), 35-40. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112008000100006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000100006)
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Organismos internacionales y envejecimiento. Recuperado de: [http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso\\_envejecimiento/congreso\\_envejecimiento\\_activo.pdf](http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Piñera, W. J. D., Villar, Y. G., Fernández, T. M. L., Padua, G. R., Padrón, H. D. (2010). Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 11(1), 38-46. Recuperado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol11\\_1\\_10/rst06110.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol11_1_10/rst06110.htm)
- Real, T. (2008). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones psiquiátricas*, 192(2008), 163-178. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2698955>
- Regato, P. (s.f.). Envejecimiento activo. Concepto y enfoque desde la Atención Primaria. En I. Martín, *Atención a las personas mayores en Atención Primaria*, (p.49). Barcelona: Semfyc.
- Roberts, H.C., Denison, H.J., Martin, H.J. Patel, H.P. Syddall, H. Cooper, C., Sayer, A.A. (2011). A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: towards a standardised approach. *Age and Ageing*, 40 (4), 423-429. Recuperado de: <https://academic.oup.com/ageing/article/40/4/423/46964>
- Sánchez, L.M., González, U., Alerm, A., Bacallao, Jorge. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 337-349. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2014000200017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200017)



- Sastre, S.; Raimondi, P. (2007). Envejecimiento: patologías más frecuentes, prevención y tratamiento fisioterápico. *Revista Española de Podología*, 18(6), 300-304. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/22843>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Tavares, D.M., Dias, F.A. (2012). Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Enfermagem*, 21(1), 112-120. Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en\\_a13v21n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en_a13v21n1.pdf)
- Teófilo, J., González, A.N., Díaz, P., Rodríguez, V. (2011). Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES. Recuperado de: [http://digital.csic.es/bitstream/10261/96895/1/2011\\_TEOFILO\\_PROYECTO\\_ELES\\_BPT.pdf](http://digital.csic.es/bitstream/10261/96895/1/2011_TEOFILO_PROYECTO_ELES_BPT.pdf)
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284-290. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832007000300012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012&lng=es&tlng=es)
- Vidarte, J.A., Quintero, M.V., Herazo, Y. (2012). Efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y la estabilidad en adultos mayores. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 79-90. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a06.pdf>

## ANEXOS

Anexo I. Cuestionario de evaluación de la Calidad de vida.

### ESTUDIO CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS

1. Variables cénicas:

Edad:

Sexo:

Nº de fármacos que toma:

¿Ha caído en el último año alguna vez?

¿Ha tenido algún ingreso hospitalario en el último año?

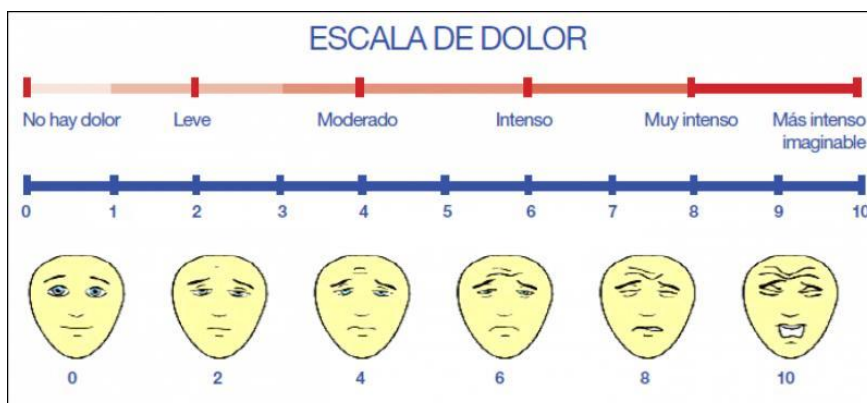
2. Escala visual analógica del dolor (EVA)

Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será:

1: Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.

2: Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.

3: Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.



### 3. APLICACIÓN DEL TEST DE HAND GRIP. Medición de Fuerza:

Para la evaluación de la presión manual se realizan tres medidas en cada mano alternando la mano dominante y la no dominante con una contracción de tres segundos de duración.

El paciente se coloca en bipesdestación con el brazo relajado (codo extendido) y la mano ligeramente separada del cuerpo. La pantalla de lectura del dinamómetro se orienta hacia la parte externa del individuo.

### 4. CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de hoy.

#### **Movilidad**

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

#### **Cuidado personal**

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

#### **Actividades cotidianas (trabajar, hacer las tareas, actividades de tiempo libre...)**

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

#### **Dolor/malestar**

- No tengo dolor ni malestar.
- Tengo moderado dolor o malestar.
- Tengo mucho dolor o malestar.

#### **Ansiedad/depresión**

- No estoy ansioso ni deprimido.
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido.
- Estoy muy ansioso o deprimido.

5. TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOEVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD. EQ-VAS.

A continuación, se expone una escala numerada del 0-100, en la que 0 es el peor estado de salud imaginable y 100 es el mejor estado de salud que pueda tener.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o lo malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor, rodee con un círculo el punto del termómetro que en su opinión refleje mejor su estado de salud.

