



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Relación entre calidad de vida, dolor e índice de masa corporal en personas de 65 o más años.

Estudiante: Sofía Prades Goñi

Tutelado por: Ana Fernández Araque

Soria, 28 de mayo de 2019

Quisiera agradecer a las enfermeras y facultativos médicos del Centro de Salud Soria Rural que me han ayudado a realizar este trabajo.

RESUMEN

Introducción y objetivo: el interés por mejorar la calidad de vida (CV) de las personas de edad avanzada ha crecido en estos últimos años debido al aumento de esta población. El dolor y el índice de masa corporal (IMC) son factores que afectan de forma negativa al bienestar del individuo, disminuyendo así, la CV. El objetivo general de este estudio fue analizar la calidad de vida de las personas iguales o mayores de 65 años en el Centro de Salud Soria Rural.

Material y métodos: estudio transversal y descriptivo. La muestra en una población de 65 años en adelante fue de 104 usuarios del Centro de Salud Soria Rural. Para analizar la calidad de vida, la percepción de su estado de salud en general y el dolor percibido se utilizaron los cuestionarios EuroQol-5D y EQ-VAS, EVA y el IMC. Todos los pacientes participaron voluntariamente y firmaron el consentimiento informado.

Resultados y discusión: la CV, determinada mediante el EQ-5D con una media de 0,81 sobre 1, estaba correlacionada con todas las variables estudiadas. Por ello, se analizaron más profundamente las relaciones de estas variables con las 5 dimensiones del EQ-5D. Los datos se asemejaron a los recogidos en los estudios analizados.

Conclusiones: la CV de la población de 65 años o más es buena, siendo el dolor la dimensión más afectada. La media del IMC fue de sobrepeso, más alta que en el resto de estudios. Los valores del dolor, con una media de 2,78, fueron casi el doble en las mujeres que en los hombres y se observó que afecta sustancialmente a la CV.

Palabras clave: “Calidad de vida”, obesidad, dolor, “índice de masa corporal”.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	JUSTIFICACIÓN	4
3.	OBJETIVOS	4
4.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	4
	4.1 Diseño	5
	4.2 Población del estudio y muestra	5
	4.3 Criterios de inclusión y exclusión	5
	4.4 Duración de la intervención	5
	4.5 Procedimiento de actuación	5
	4.6 Cuestionarios y material utilizado	6
	4.7 Variables a recoger y a analizar	6
	4.8 Análisis estadístico.....	6
	4.9 Consideraciones éticas.....	7
5.	RESULTADOS.....	7
	5.1 Descriptivos.....	7
	5.2 Correlación y significación entre las variables.....	9
6.	DISCUSIÓN	11
7.	CONCLUSIONES.....	13
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	14
	ANEXOS	17

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1.	Clasificación del IMC según la OMS.....	3
Tabla 2.	Análisis de las variables divididas según el sexo.....	7
Gráfico 1.	Valores de las dimensiones en el EQ-5D.....	8
Gráfico 2.	Porcentajes de usuarios en cada grupo de dolor.....	9
Tabla 3.	Correlaciones entre las variables analizadas.....	9
Tabla 4.	Significación estadística entre las variables y las dimensiones del EQ-5D.....	10
Gráfico 3.	Comparación de los porcentajes entre las dimensiones de ambos estudios.....	12

ABREVIATURAS

CV	Calidad de vida
EVA	Escala Visual Analógica
IASP	Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
IMC	Índice de masa corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
MNA	Mini Nutritional Assessment
OMS	Organización Mundial de la Salud
VAS	Visual Analogue Scale

1. INTRODUCCIÓN

En el último siglo, debido a un aumento de esperanza de vida, a la disminución de la tasa de fecundidad, y a una mejora del sistema sanitario de salud, la población de edad avanzada ha aumentado significativamente^{1,2,3}. En el 2025 se prevé que el 27% de la población europea sea mayor de 60 años². Concretamente, en Soria provincia, 23.564 habitantes tienen 65 o más años, de los cuales 12.965 son mujeres y 10.602 hombres. En Soria capital, en cambio, de los 7.673 habitantes que tienen 65 o más años, 4.576 son mujeres y 3.100 hombres⁴.

Debido a este aumento de población de edad avanzada, el interés de mejorar la calidad de vida (CV) de las personas mayores ha crecido de manera relevante⁵. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{6,7}, esta se centra en la salud física, psicológica, la dependencia o independencia, relaciones sociales y en las creencias de un individuo, además de la manera en la que este percibe su vida, los valores, expectativas, etc⁷. Sin embargo, su significado puede variar según la cultura, zona geográfica o sociedad en la que uno se encuentre. El sexo, la edad, sus condiciones de salud y el acceso que pueda tener a Servicios de Salud también pueden influir en el significado. Por ello, se puede decir que no hay un término o una definición universal para la CV^{7,8}.

A pesar de las múltiples definiciones de este término, todos afirman que la CV es fundamental tanto para el bienestar social de la persona, como para la satisfacción de las necesidades básicas de esta (alimentación, económica, empleo, sanidad, educación, etc.)^{5,7}.

Con la finalidad de realizar una valoración de la CV del individuo relacionada con su salud, el grupo EuroQol, formado por investigadores de diferentes países europeos, se propuso realizar un instrumento que sirviese como medición⁹. Así, posteriormente, se diseñó un cuestionario genérico y estandarizado denominado EQ-5D^{5,9,10}, siendo el más reconocido y utilizado actualmente⁷. Un cuestionario simple, rápido, y fácil de utilizar⁸ que en España fue validado en 1999 por Badia X. et al⁵.

Consta de dos partes; por un lado, de un cuestionario denominado EQ-5D, y por otro el EQ-VAS.

El EQ-5D define el estado de salud según 5 dimensiones, ya que son consideradas las más relevantes de la CV relacionada con la salud: movilidad, cuidado personal o autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada dimensión consta de 3 respuestas según el nivel de gravedad (EQ-5D-3L)^{5,9,11} (Anexo I).

El EQ-VAS (Anexo II) es la segunda parte del EQ completo. Valora el estado de salud a través de una escala milimetrada de 20 cm con valores entre 0 (peor estado de salud imaginable) y 100 (mejor estado de salud imaginable) en la que el individuo indica el punto en el que percibe su salud^{7,10,11}.

Se vio que en esta versión original surgían algunas limitaciones en los estados de salud más leves, por lo que en 2009 el Grupo EuroQol realizó una versión de este con dos niveles más en cada dimensión (sin problemas, con problemas leves, con moderados problemas o limitaciones, con graves problemas o limitaciones, y con problemas extremos/imposibilidad), denominándose EQ-5D-5L. Este nuevo formato, al ser más extenso, tiene el inconveniente de dispersar el resultado^{9,10}.

Flores B et al¹² en un estudio realizado en 2018 sobre la CV percibida en adultos mayores (edad media de 70,24 años), pudo observar que esta fue deficiente casi en la mitad de los participantes (45.5%) sobre todo en los mayores de 81 años, y solo en el 10,1% fue alta. A pesar de esto, el 63.7% afirmó estar satisfecho con su estado de salud. Sin embargo, en otro estudio realizado por Solis M et al.¹³ en el mismo año a personas hipertensas de entre 60 y 80 años (edad media 68.91), el 36.8% presentaban CV baja, el 36.3% media y el 26.9% alta. Se comprobó que la CV disminuye conforme incrementa la edad, teniendo una mayor incidencia de este descenso en el sexo femenino según ambos estudios^{12,13}. Por último, según el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁴ en otro estudio realizado en 2013 por Eurostat, se pudo obtener la información sobre la satisfacción de la calidad de vida en todos los países de la Unión Europea, siendo en Dinamarca y Finlandia los resultados de la satisfacción más altos. En España concretamente, el 18.4% afirmó tener una satisfacción alta, el 58.4% media y el 23,2% baja.

Uno de los factores más importantes que afectan de forma negativa al bienestar del individuo, disminuyendo, así, su CV, es el dolor². Limita la capacidad funcional y la realización de las tareas diarias, puede alterar el apetito, alterar el estado de ánimo y llegar a causar sufrimiento¹⁵. Según la Real Academia Española (RAE)¹⁶ se define como la sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior y/o sentimiento de pena y congoja. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)² lo define como una experiencia desagradable sensorial y emocional asociado a una lesión.

El dolor puede aparecer y desaparecer o puede ser constante. Puede ser leve o muy intenso o puede evolucionar al paso del tiempo. Por ello, hay diferentes clasificaciones: puede ser agudo (menos de 3-6 meses de duración), crónico o persistente (más de 3-6 meses de duración), o irruptivo (imposible de controlar con dosis regulares de medicamentos). Por otro lado, se puede clasificar por dolor nociceptivo (provocado por estímulos nocivos) dividido en somático (dolor musculoesquelético, artrítico, óseo...) o visceral, y por dolor neuropático (por afectación del sistema somatosensorial)^{2,15}.

Es el principal motivo de consulta, ya que el 86.2% de los pacientes que son atendidos en España por atención primaria lo padecen².

A la hora de llevar a cabo la evaluación del dolor, la declaración del paciente es la fuente más válida y fiable para el profesional. El paciente describe y califica el dolor que tiene mediante la escala visual analógica (EVA), o VAS en inglés (Visual Analogue Scale), con el fin de medir la intensidad del dolor^{2,15,16} (Anexo III).

Según declaró la OMS^{3,6}, uno de los indicadores de calidad de vida es la nutrición y alimentación, siendo la población anciana uno de los grupos nutricionales más vulnerables^{1,17,18} debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren durante este periodo³. Por lo que es importante también determinar el estado nutricional de estos, con el fin de mejorar su estado de salud, evitar ingresos hospitalarios y el riesgo de la aparición de enfermedades, junto con disminuir la mortalidad de estos^{1,3,19}.

La malnutrición es el resultado de una alimentación con un aporte insuficiente o inadecuado de macro y micro nutrientes necesarios con consecuencias negativas en el estado físico, así como dificultad en las actividades diarias, disminución del rendimiento intelectual y

de la calidad de vida. Sin embargo, la desnutrición es el déficit de uno o varios nutrientes esenciales^{1,18}. Para determinar el estado nutricional, se han desarrollado varios instrumentos de valoración a los largo del tiempo. La escala Mini Nutritional Assessment (MNA), es la más utilizada en personas mayores, ya que tiene una alta sensibilidad, especificidad (96% y 98% respectivamente) y fiabilidad^{17,18,19}, aunque se tiende a utilizar otras herramientas más rápidas como el índice de masa corporal (IMC) o en los casos en los que debido a condiciones de discapacidad sea imposible pesar y tallar, se tiende a medir la circunferencia braquial²⁰.

El sobrepeso y la obesidad se deben a una acumulación excesiva de grasa o hipertrofia del tejido adiposo²¹ por causa de un desequilibrio entre una ingesta excesiva y un gasto bajo de energía y se manifiestan por un aumento de peso y volumen corporal. Esto conlleva numerosas complicaciones en la salud e incluso un incremento de la mortalidad. Una serie de factores de riesgo aumentan la prevalencia del sobrepeso y obesidad²²:

- Factores sociodemográficos: Obesidad de los padres, habitar en un medio rural.
- Estilo de vida: Inactividad física o sedentarismo, horas de sueño y características de alimentación.
- Antecedentes de la infancia: Precocidad del rebote adiposo, peso elevado al nacer, maduración puberal precoz y no alimentarse con lactancia materna^{22,23}.
- Tratamientos farmacológicos: Antidepresivos, tranquilizantes y compuestos estrogénicos, entre otros.
- Patologías: Hipotiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedades neurológicas que pueden afectar al centro del hambre y la saciedad, etc².

Para determinar si una persona padece sobrepeso u obesidad hay distintos instrumentos o formas de determinarlo. Uno de los más utilizados es el IMC que consiste en dividir el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m²)²¹.

Tabla 1. Clasificación del IMC según la OMS²⁶.

Índice de masa Corporal	Clasificación
<16.00-18.49	Infrapeso
18.50-24.99	Normopeso
25.00-29.99	Sobrepeso
30.00-34.99	Obesidad Tipo I
35.00-39.99	Obesidad Tipo II
>40.00	Obesidad Tipo III

Fuente: Modificado de www.Calculoimc.com

Según Penny²², en un estudio realizado en Perú entre 2012 y 2013 en adultos mayores, el 21,4% de estos padecían sobrepeso, y un 11,9% obesidad, siendo mayor en las mujeres que en los hombres y en las zonas urbanas que en las rurales. Las personas con más ingresos económicos fueron los que mayor obesidad y sobrepeso obtuvieron. Sin embargo, en otro estudio realizado a mayores de 65 años en España en 2017, el 24,94% de las

mujeres y el 18,92% de los hombres eran obesos, coincidiendo con el anterior estudio mencionado en que las mujeres tienen una mayor prevalencia que los hombres²⁷.

2. JUSTIFICACIÓN

Según el INE²⁸, la esperanza de vida ha aumentado en España, exactamente más de 4 años en los últimos 20 años. Es por ello que el interés por mejorar la CV de las personas ha crecido. Además, he podido observar como en repetidas ocasiones los sanitarios nos centramos en el paciente como un paciente enfermo, intentando mejorar su estado de salud desde la patología y no desde la normalidad, sin centrarnos en la calidad de vida o las limitaciones que pueda tener la persona.

El dolor y el estado nutricional son dos de los aspectos que condicionan una mejor o peor CV. Son de gran importancia en la persona y en su bienestar, y por ello, deberíamos controlar, prevenir y tratarlos de la manera más precoz posible desde la educación sanitaria.

En Soria la población que predomina es cada vez más longeva, ya que en los últimos 10 años la edad media ha aumentado, pasando de ser 45,67 años en 2008 a 47,32 años en 2018²⁹. Por todo ello, a través de esta investigación, he decidido estudiar la relación entre aspectos relevantes como el dolor, el IMC y la calidad de vida en mayores de 65 años, utilizando para ello diferentes escalas y cuestionarios de medición, todos ellos validados.

3. OBJETIVOS

- **Objetivo general:**
 - Analizar la percepción de la calidad de vida de las personas de 65 o más años en el Centro de Salud Soria Rural.

- **Objetivos específicos:**
 - Determinar la relación entre la percepción de la CV de la población mayor o igual de 65 años del Centro de Salud Soria Rural con el IMC y con la percepción de dolor que poseen habitualmente.
 - Determinar la relación entre la percepción de dolor de esta población con su IMC.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar este trabajo, se realizó una búsqueda sobre la calidad de vida, el dolor y el estado de nutrición y obesidad de las personas mayores en las bases de datos MedLine-PubMed y Cuiden, en bibliotecas virtuales como Scielo y Cochrane, y en el buscador de Google académico. También se consultó la web de la biblioteca de la Universidad de Soria, la editorial Elsevier y algunos datos de la página del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Se incluyeron en la búsqueda artículos científicos relacionados con los aspectos a estudiar, artículos con texto completo y artículos en inglés y español, teniendo en cuenta los

estudios realizados en los últimos años. Se excluyeron los artículos anteriores al año 2010 (excepto de gran relevancia).

Para precisar la búsqueda bibliográfica sobre la actualización sobre el tema y los cuestionarios más utilizados y validados se utilizaron los siguientes descriptores: calidad de vida, nutrición, dolor, escala, EuroQol, MNA, EVA, e IMC. Posteriormente, estos descriptores se unieron mediante operadores booleanos en aquellas bases de datos que lo pedían, como Cuiden y Scielo: calidad de vida and EuroQol, nutrición and MNA, dolor and EVA, escala and dolor, escala and calidad de vida, escala and nutrición, nutrición and IMC.

4.1 Diseño

Se realizó un estudio transversal y descriptivo.

4.2 Población del estudio y muestra

La muestra de nuestro estudio en una población de 65 años en adelante para un nivel de confianza del 95% fue de 104 usuarios. Se obtuvo mediante un proceso de selección aleatorio de pacientes que acudían al Centro de Salud Soria Rural coincidiendo con los días de extracciones de sangre (lunes, miércoles y viernes). Este centro atiende a una población de 1500 usuarios de 65 años o más, por lo que la muestra representa el 7,42% de los pacientes de esta edad³⁰. Todos los participantes debían cumplir los siguientes requisitos de inclusión.

4.3 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:
 - Población de 65 años o más.
 - Personas que acudieran al Centro de Salud por su propio pie.
 - Que dieran su consentimiento de participación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo IV).
- Criterios de exclusión:
 - Personas que estuvieran diagnosticadas de Alzheimer u otra demencia, para ello, se lo preguntamos a los profesionales de enfermería y lo obtuvieron de su historia clínica.

4.4 Duración de la intervención

El estudio comenzó el 15 de enero del 2019 y duró hasta finales de mayo del 2019. Los meses de enero a marzo, se cumplimentaron los cuestionarios, obteniendo así los datos necesarios y en los meses de abril y mayo se analizaron los resultados.

4.5 Procedimiento de actuación

Previo a comenzar el estudio, se solicitaron los permisos necesarios al coordinador y responsable del centro de salud Soria Rural (Anexo V).

A la hora de proceder a la captación de la muestra, se informó a los pacientes sobre el estudio que se iba a realizar y se les propuso participar en él. Una vez que aceptaron la participación, acudimos a una consulta que el centro nos proporcionó para este uso y se procedió a completar los cuestionarios, a tallar y a pesar al participante, habiendo firmado anteriormente el consentimiento informado y habiendo resuelto todas las dudas necesarias. Se

les informó de que todos los datos que constasen serían anónimos, que tenían la posibilidad de no contestar a las preguntas que no desearan y que podían abandonar el estudio en cualquier momento si así lo deseaban.

Como estudiante acudí al centro todos los días de extracción, realizando por este motivo las prácticas de enfermería a la tarde. El resto de días colaboraron voluntariamente 2 enfermeras del Centro de Salud.

4.6 Cuestionarios y material utilizado

Las herramientas de medición utilizadas fueron el EQ-5D y el EQ-VAS, la EVA y el IMC. Al comienzo del estudio, también se realizó el MNA³¹ para valorar el estado nutricional, sin embargo, a partir del paciente nº30 únicamente se calculó el IMC tras ver que ninguno padecía malnutrición y la mayoría de ellos tendían al sobrepeso.

Mediante el EQ-5D³² se valoró la percepción de la calidad de vida del individuo relacionada con su salud. Este cuestionario define el estado de salud según 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal o autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada una de ellas tiene 3 opciones de respuesta: sin problemas, con algunos problemas o incapacidad. En el EQ-VAS³² los participantes indicaron con el dedo un número del 0 al 100 según la percepción que tuvieran del estado de salud relacionado con su edad, siendo 0 el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor estado de salud imaginable^{2,3,6}.

La escala EVA²⁵ describe y califica la intensidad del dolor. Consiste en una línea horizontal de 10 cm que clasifica el dolor de menos intenso a más intenso (de 0 a 10) en la que el paciente indicó el valor que correspondía al grado de intensidad del dolor que presentaba habitualmente^{8,9,10}.

Por último, se obtuvo el cálculo del IMC²² de cada uno mediante la fórmula $\text{Peso (kg)}/\text{Talla}^2 \text{ (m)}$, clasificando así a los participantes en infrapeso, peso normal, sobrepeso, obeso tipo I, obeso tipo II y obeso tipo III. Para ello, utilizamos una calculadora de IMC.

Los datos obtenidos se registraron en una base de datos realizada en Excel y explotados en el SPSS 23.

4.7 Variables a analizar

Se recogieron variables sociodemográficas y cuantitativas.

- Sociodemográficas: nacimiento, edad y sexo de los participantes y si vivían acompañados o no.
- Cuantitativas: son las que se han analizado para obtener los resultados del estudio.
 - EQ-5D y EQ-VAS
 - IMC (talla y peso)
 - EVA

4.8 Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables y un análisis de la varianza (ANOVA). Para analizar la relación entre las

dimensiones del estudio y la CVP se llevó a cabo el análisis de Correlación de Pearson y para valorar la CV para las diferentes variables de estudio se utilizó la t de Student.

4.9 Consideraciones éticas

Todos los pacientes implicados en el estudio lo hicieron voluntariamente, habiéndoles informado en todo momento del objetivo del estudio y de todos los cuestionarios a responder. Tras recibir esta información, con el fin de cumplir la ley 41/2002 del 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, los participantes firmaron el consentimiento informado. Se les explicó que los resultados obtenidos serian solamente utilizados para el estudio y que todos sus datos serian anónimos y confidenciales.

5. RESULTADOS

5.1 Descriptivos

La muestra final del estudio la constituyeron 104 usuarios, de los cuales 53 fueron hombres y 51 mujeres, por lo que la muestra fue homogénea. Se analizaron las variables de edad, IMC, clasificación del IMC, el EQ-5D, el EQ-VAS y el EVA y se obtuvieron los valores medios y la desviación estándar por sexo de todas ellas, reflejadas en la siguiente tabla.

Tabla 2. Análisis de las variables divididas según el sexo.

		N	MEDIA	DE
EDAD	Hombres	53	75,58	6,88
	Mujeres	51	74,82	6,68
	Total	104	75,21	6,76
EQ-5D	Hombres	48	0,87	0.1666
	Mujeres	40	0.76	0,19
	Total	88	0,81	0,18
EQ-VAS	Hombres	50	73,48	13,75
	Mujeres	48	68	15,83
	Total	98	70,8	14,98
IMC	Hombres	53	28,20	3,79
	Mujeres	51	28,84	4,16
	Total	104	28,52	3,97
EVA	Hombres	53	2	2,38
	Mujeres	51	3,59	2,48
	Total	104	2,78	2,54

Nota: Índice de masa corporal (IMC), clasificación de IMC (CLASIMC), EuroQol-5D (EQ-5D), EuroQol-VAS (EQ-VAS), Escala Visual Analógica (EVA), desviación estándar (DE).

Según los datos obtenidos, la media de edad de la población del estudio fue de 75 años, siendo 65 años la mínima y 92 años la máxima.

La calidad de vida relacionada con su salud (medida mediante el EQ-5D), nos muestra una media de 0,81 sobre 1, diferenciándose notoriamente entre hombres y mujeres, teniendo una media de 0,86 y 0,73 respectivamente. De las 5 dimensiones que se analizaron, la más afectada fue el dolor, ya que 47 individuos lo padecían. La ansiedad y la movilidad fueron las otras dos que más problemas causaban a este grupo poblacional. Por último, el cuidado personal y las actividades cotidianas condicionan en menor medida la CV (Gráfico 1).

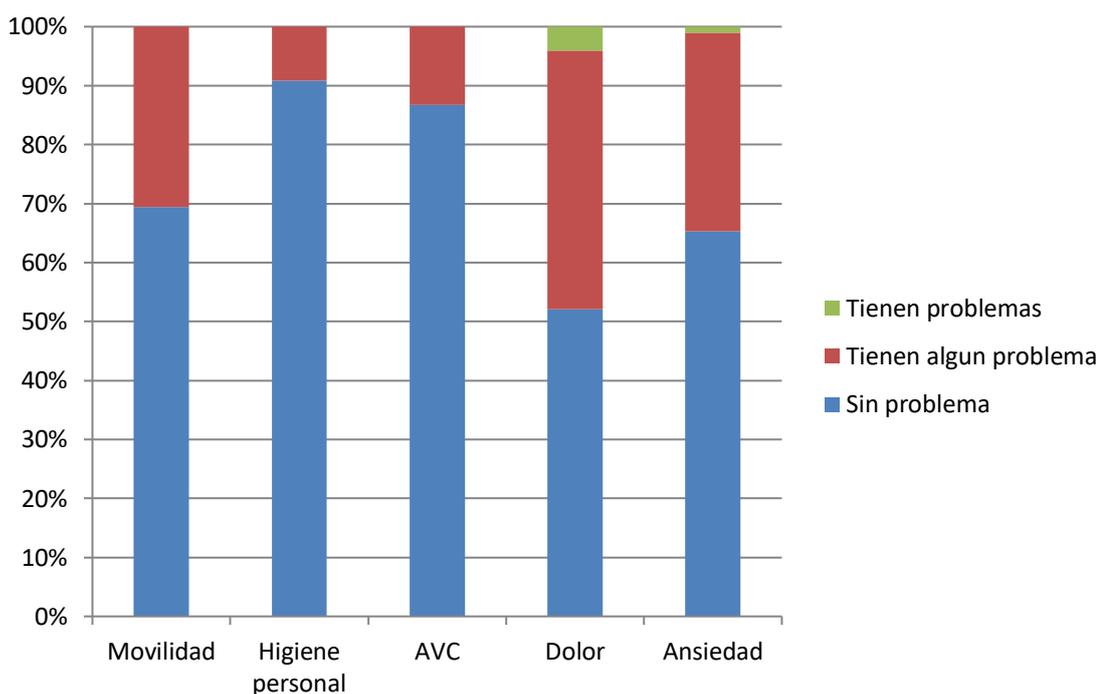


Gráfico 1. Valores de las dimensiones en el EQ-5D.

En cuanto al EQ-VAS se obtuvieron puntuaciones entre 20 y 99, con una media de 70,8. Este valor nos indica que la autopercepción de la población del estudio a cerca de su calidad de vida es positiva, siendo mayor la percepción en los hombres, que obtuvieron una media de 73,48, que en las mujeres, con una media de 68.

En el análisis de los datos estudiados respecto al IMC y su clasificación, se pudo observar que la mayoría tenía un IMC alto. La media fue de 28,69 lo que nos indica que la población analizada se encuentra dentro del rango de sobrepeso de acuerdo con la clasificación según la OMS²⁶. 28 personas tuvieron obesidad tipo I (26,9%), 4 obesidad tipo II (3,8%) y únicamente una persona obtuvo obesidad tipo III. La mitad de los casos tuvieron valores de sobrepeso y 19 individuos se encontraron dentro del rango de normopeso (18.27%).

Por último, en cuanto al dolor, la media que se obtuvo fue de 2,78. Se vio que era mucho más elevada en las mujeres que en los hombres, teniendo una media de 3,59 y 2 respectivamente. Se clasificaron en 5 grupos: Sin dolor (EVA:0), dolor leve (EVA:1-4), dolor

moderado (EVA:5-6), dolor fuerte (EVA:7-9) y máximo dolor (EVA:10). Más de la mitad de los usuarios se clasificaron en el rango de dolor leve. En el siguiente gráfico se muestran los porcentajes de usuarios en cada grupo.

■ Sin dolor ■ Dolor leve ■ Dolor moderado ■ Dolor fuerte ■ Maximo dolor

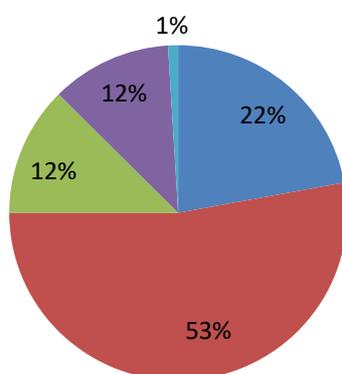


Gráfico 2. Porcentajes de usuarios en cada grupo de dolor.

5.2 Correlación y significación entre las variables

En la siguiente tabla se encuentran los datos de correlación de Pearson obtenidos entre las variables analizadas.

Tabla 3. Correlaciones entre las variables analizadas.

		Edad	IMC	EUROQOL	EQVAS	EVA
Edad	Correlación de Pearson	1	0,005	-0,288	-0,136	0,045
	Sig.		0,958	0,007	0,181	0,647
IMC	Correlación de Pearson		1	-0,237	-0,160	0,067
	Sig.			0,026	0,115	0,498
EuroQol	Correlación de Pearson			1	0,377	-0,623
	Sig.				0	0
EQ-VAS	Correlación de Pearson				1	-0,328
	Sig.					0,001
EVA	Correlación de Pearson					1
	Sig.					

Nota: Significación estadística (Sig.)

Según las correlaciones, se puede observar que la edad esta correlacionada de manera negativa con el EQ-5D y con el EQ-VAS, por lo que cuanto más edad, peor calidad de vida tienen y perciben los individuos, habiendo una significación estadística entre la edad y el EQ-5D. No existe relación entre la edad y el IMC, ni entre la edad con la EVA.

El EQ-5D se correlaciona de manera positiva con el EQ-VAS y negativa con la EVA, lo que significa que cuanto peor CV tiene la población, peor percibe su salud y que cuanto más dolor tienen, peor CV. De la misma manera, cuanto más dolor tienen peor perciben la CV, ya que el EQ-VAS y la EVA también tienen una correlación negativa. Para todos estos valores existe evidencia estadística tal y como se observa en la tabla superior.

Se puede apreciar que el IMC está relacionado con la CV puesto que tiene correlación tanto con el EQ-5D como con el EQ-VAS, afectando de manera negativa a estas. Únicamente existe significación estadística con el EQ-5D.

Esto demuestra que la CV medida mediante el EQ-5D está correlacionada con todas las variables estudiadas. Por ello, se analizaron más profundamente las relaciones de estas variables con las 5 dimensiones del EQ-5D.

La significación estadística de las variables estudiadas respecto a las 5 dimensiones del EQ-5D nos mostró lo siguiente.

Tabla 4. Significación estadística entre las variables y las dimensiones del EQ-5D.

	p				
	D1	D2	D3	D4	D5
EDAD	0,549	0,039	0,106	0,509	0,504
IMC	0,094	0,033	0,265	0,267	0,286
EQ-VAS	0,050	0	0	0,107	0,087
EVA	0,42	0,007	0	0	0,001

Nota: Movilidad (D1), higiene personal (D2), actividades cotidianas (D3), dolor (D4), ansiedad/depresión (D5), significación estadística (p).

La relación encontrada entre la percepción de la CV a través de las 5 dimensiones y el IMC, sobre todo con el sobrepeso, muestra que a pesar de tener el IMC correlación con el EQ-5D tal y como se ha visto en la tabla 4, es estadísticamente independiente de prácticamente todas las dimensiones ya que todos los valores p son menores que el nivel de significancia de 0,05, menos el del cuidado personal. Esto nos indica que no hay evidencia estadística de que un mayor IMC tenga que afectar a ninguna de las dimensiones del EQ-5D de manera negativa o positiva a excepción de la dimensión mencionada.

Encontramos que la percepción del individuo sobre la CV que posee (valorada mediante el EQ-VAS) está estadísticamente relacionada con la dimensión de movilidad, cuidado personal y las actividades cotidianas, teniendo una gran significación en las dos últimas dimensiones. Es decir, los problemas que tengan los individuos en estas dos

dimensiones afectan a la percepción de su CV, lo que concuerda con los datos obtenidos en la Tabla 4.

La relación entre la percepción de la CV a través de las 5 dimensiones y el dolor, muestra que este último está estadísticamente relacionado con todas las dimensiones del EQ-5D menos con la de movilidad. La significación estadística de la EVA con estas dimensiones es alta por lo que hay una evidencia elevada de que el dolor afecta a la CV.

La relación entre el IMC y el dolor, muestra que no hay ninguna evidencia estadística de que el IMC condicione a la puntuación de la escala EVA ni tampoco a la dimensión del dolor (D4) del EQ-5D.

En resumen, el dolor condiciona de manera importante a todas las dimensiones excepto a la movilidad. La percepción de la CV está relacionada con las dimensiones de movilidad, cuidado personal y la realización de actividades cotidianas y por último, la edad y el IMC afectan a la dimensión de cuidado personal.

6. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, la mayoría de usuarios de 65 y más años pertenecientes al Centro de Salud de Soria Rural muestran y perciben una buena CV, con una media de 0,81 sobre 1 en el EQ-5D y 70,8 sobre 100 en el EQ-VAS. Estos datos se asemejan a los recogidos en el estudio de Campos M³³ en 2018, donde la media del EQ-5D fue de 0,89 y la autopercepción de 72,14, siendo la muestra de edad, al igual que en nuestro estudio, de más de 65 años. Azpiazu M³⁴, también obtuvo datos parecidos con una media en el EQ-VAS de 66,6. Por lo que nuestro estudio se encuentra dentro de valores similares. Tanto los estudios mencionados como el estudio presente, coinciden en que la CV del sexo masculino es mayor que la del sexo femenino.

En cuanto a las dimensiones del EQ-5D, la más afectada fue el dolor ya que más de la mitad lo padecían. Estos datos encajan con los conseguidos en el estudio realizado Andía V³⁵ en el País Vasco publicado en el 2017, donde el 57,05% también tenía dolor. Sin embargo en el estudio de Azpiazu M³⁴, la media fue algo más baja (38,2%). En el gráfico 3 se comparan los datos de nuestro estudio por dimensiones y porcentajes con los obtenidos en el País Vasco.

Respecto a la comparación entre la dimensión del dolor del EQ-5D y la EVA, cabe destacar que la cantidad de usuarios que señalaron no tener dolor en la dimensión de este primer cuestionario, no coincide con los participantes que indicaron tener ausencia de dolor en la escala EVA, ya que los porcentajes fueron de 52,04% y 22,11% respectivamente. Siendo un aspecto a resaltar como posible sesgo o reinterpretación de lo que se le pregunta al usuario. Esto se puede deber a que las opciones del EQ-5D en esta dimensión eran o ausencia de dolor o dolor moderado, siendo imposible clasificar el dolor como leve, mientras que en la EVA se podía clasificar el dolor dentro de una escala del 0 al 10.

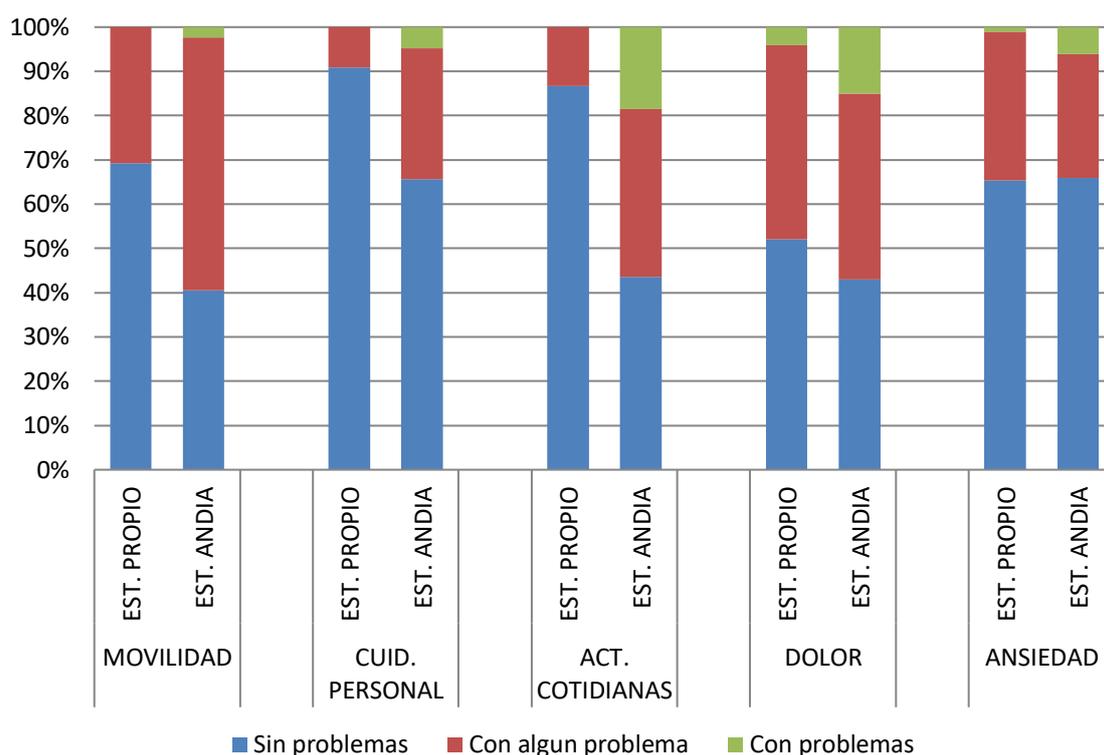


Gráfico 3. Comparación de los porcentajes entre las dimensiones de ambos estudios.

Tras el análisis del IMC, los resultados obtenidos en este estudio son similares al resto de estudios revisados. Según el INE³⁶, en Europa el 45% de los habitantes mayores de 65 años padecen sobrepeso y 23,62% algún tipo de obesidad. El dato de sobrepeso coincide con los resultados del estudio realizado en España por Fisac JL³⁷, que fue del 44,4%, sin embargo un 36,15% de los individuos tenía obesidad, un tercio más que en el estudio mencionado anteriormente aunque no tan diferente a los datos de nuestro estudio (31,66%). Cabe mencionar que en Soria obtuvimos un 50% de usuarios que padecían sobrepeso, cifra que supera a los dos estudios citados. Un dato muy preocupante, puesto que es una cifra muy elevada y hemos determinado que el IMC tiene una realización con la CV relacionada con la salud. Por ello, se deberían estudiar cuales son los factores relacionados con el sobrepeso que influyen en esta población para poder trabajarlos.

Se han encontrado pocos estudios del dolor realizados mediante el cuestionario EVA en los que la muestra fueran adultos con características similares a las de nuestro estudio. Los datos de la EVA obtenidos mostraron una media de 2,54 y la mayoría de los usuarios afirmaron no tener dolor (22,12%) o tener dolor leve (52,89%). En cambio, en un estudio que Varanda L realizó en Brasil³⁷, los mayores porcentajes fueron de dolor moderado (25,9%) y dolor fuerte (42,1%). En el estudio realizado por Campos M³³, las cifras se asemejan más a las de nuestro estudio, siendo 2,62 la media de dolor de los encuestados en su estudio. Un dato significativo que hemos obtenido es que la media de dolor del sexo femenino es casi el doble que la del sexo masculino, resultado que coincide con los dos estudios anteriores.

7. CONCLUSIONES

Tras realizar este estudio y hacer un análisis crítico y reflexivo sobre los datos obtenidos, se han obtenido las siguientes conclusiones:

- La CV de la población de 65 años o más es buena, siendo la media del EQ-5D de 0,81 sobre 1, y del EQ-VAS de 70,8 sobre 100. En ambas el sexo masculino percibe mejor su CV y salud en general que el sexo femenino. La dimensión más afectada en el EQ-5D fue la del dolor, ya que elevado número de usuarios lo padecían (53,4%).
- La media del IMC fue de 28,69 lo que nos indica que la población analizada se encuentra dentro del rango de sobrepeso de acuerdo con la clasificación según la OMS. Solo un 18,27% de la población se encontraba en normopeso.
- La media total de la percepción de dolor fue de 2,78 sobre 10.
- La CV está correlacionada con el dolor y con el IMC.
- El IMC no tiene significación estadística con ninguna de las dimensiones del EQ-5D a excepción de la dimensión del cuidado personal.
- La EVA tiene una gran relación estadística con todas las dimensiones excepto con la movilidad, por lo que el dolor afecta sustancialmente en la CV.
- La relación entre el IMC y el dolor muestra que no hay ninguna evidencia estadística entre ellos.
- El porcentaje de personas con sobrepeso en el Centro de Soria Rural es superior al de otros estudios, siendo un dato importante a tener en cuenta para programas de prevención o de actuación.
- Las mujeres de este estudio perciben peor su CV y manifiestan tener más percepción de dolor diario que los hombres.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Bielsa ML, López M. Desnutrición en población geriátrica. Estudio de prevalencia. Nuber Científ. [Internet] 2015 [acceso 18 de diciembre de 2018]; 2 (15): [18-23]. Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/114>
2. Godayol P. Intervención dirigida a profesionales de la salud en residencias sobre valoración del dolor en el anciano con demencia. Repositorio Universitat de Lleida. Trabajo fin de grado. [Internet] 2014 [acceso 17 de enero de 2019]; Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/47707/pgodayolp.pdf?sequence=1>
3. Calvo I, Olivar J, Martínez E, Rico A, Díaz J, Gimena M. Mini Nutritional Assessment as a nutritional screening tool for hospitalized older adults; rationales and feasibility. Nutr Hosp. [Internet] 2012 [acceso 18 de diciembre de 2018]; 27(5): [1619-1625]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112012000500036
4. Población por municipios, sexo y edad. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet] 2011 [acceso 18 de diciembre de 2018]; Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e244/avance/p02/l0/&file=1mun00.px&L=0>
5. Baños V. Aplicación del cuestionario de salud EQ-5D-5L en alumnado mayor universitario. INFAD [Internet] 2016 [acceso en 17 de enero de 2019]; 1(2): [307-316]. Disponible en: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/529>
6. Calidad de vida. Organización mundial de la salud (OMS) [Internet]. En: Sanabria MS. Calidad de vida e instrumentos de medición. Trabajo fin de grado. [Internet] 2016 [acceso 17 de enero de 2019]; Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/3842>
7. Sanabria MS. Calidad de vida e instrumentos de medición. Trabajo final de grado. [Internet] 2016 [acceso 17 de enero de 2019]; Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/3842>
8. Ascef BO, Haddad JPA, Álvares J, Guerra AA, Costa EA, Acurcio FA, et al. Health-related quality of life of patients of Brazilian primary health care. Rev Saude Publica [Internet] 2017 [acceso 20 de enero de 2019]; 51 (2): [1s-12s]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5676389/pdf/0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007134.pdf>
9. Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud. Gac Sanit. [Internet] 2015 [acceso en 20 de enero de 2019]; 29 (6): [401-403]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000600001
10. About EQ-5D. EuroQol. [Internet] [acceso 10 de enero de 2019]; Disponible en: <https://euroqol.org/>
11. Rojas MX, Gomez C, Rodríguez VA, Dennis R, Kind P. Calidad de vida relacionada con salud en la población Colombiana: ¿cómo valoran los colombianos su estado de salud?. Rev. Salud Pública [Internet] 2017 [acceso 20 de enero de 2019]; 19 (3): [340-346]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000300340&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Flores BI, Castillo Y, Ponce D, Miranda C, Peralta EG, Durán T. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2018 [acceso 20 de enero de 2019]; 26(2): [83-88]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2018/eim182d.pdf>
13. Solis M, Herman H, Rojas P, Yadira E, Percy E, Pérez S, et al. Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de cardiología de un hospital público de Lima Norte. [Internet] [acceso 20 de enero de 2019]; Disponible en: <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/download/1186/293>

14. Infografías. Calidad de vida 2013. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Madrid: [acceso 26 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.ine.es/infografias/calidadvida/index_es.html
15. Leukemia and Lymphoma society. Pain Management Facts. Leukemia and Lymphoma society [Internet] 2013 [acceso 17 de enero de 2019]; 19S: [1-10]. Disponible en: https://www.lls.org/sites/default/files/file_assets/FS19_PainManagement_facts.pdf
16. Dolor. Diccionario de real academia española [Internet] [citado en 25 febrero 2019]; Disponible en: <https://dle.rae.es/srv/fetch?id=E5oQXDN>
17. Sánchez LA, Calvo MC, Majo Y, Barbado J, Aragón MM, Artero EC, et al. Cribado nutricional con mini nutritional assessment (MNA) en medicina interna. Ventajas e inconvenientes. Rev Clin Esp. [Internet] 2010 [acceso 20 de enero de 2019]; 210(9): [429-437]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256510003000>
18. Arranz M, Molina C, Gómez C, Gómez N, Santos T. Relación entre el test Mini Nutritional Assessment y el parámetro antropométrico Índice de Masa Corporal en población mayor de 65 años. Prevalencia de malnutrición. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA) [Internet] 2017 Noviembre [acceso 21 de enero de 2019]; 5(4): [6-19]. Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6224479>
19. Salvà A. El Mini Nutritional Assessment. Veinte años de desarrollo ayudando a la valoración nutricional. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet] 2012 [acceso 20 de enero de 2019]; 47(6): [245-246]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-mini-nutritional-assessment-veinte-S0211139X12002296>
20. Mill E, Cameno V, Saúl H, Cami MC. Estimación del índice de masa corporal con base en la circunferencia braquial, para pacientes con discapacidad permanente o transitoria. Semergen [Internet] 2018 [acceso 15 de marzo de 2019]; 44(5): [304-309]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-estimacion-del-indice-masa-corporal-S1138359317302307>
21. Braña A. Valoración del estado nutricional de un cupo pediátrico. Conociendo el punto de partida. Trabajo fin de grado. [Internet] [acceso 20 de enero de 2019]; Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24282/1/TFG-M-813.pdf>
22. Penny E. Obesidad en la tercera edad. An. Fac. med. [Internet] 2017 [acceso 4 de marzo de 2019]; 78 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200018
23. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015 [Internet] Madrid: 2016. [acceso 26 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf
24. Clínica Universitaria de Navarra. Obesidad [Internet]. Pamplona: [acceso 30 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/obesidad>
25. Clarett M. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva [Internet] 2012 [acceso 16 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
26. Índice de masa corporal. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. En: Calculoimc.com. Calculadora IMC. [Internet] 2014 [acceso 25 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.calculoimc.com/>

27. Statista.com. [Internet]. España: 2018 [acceso 13 de marzo de 2019]. Porcentaje de población con obesidad en España en 2017, por género y grupo de edad. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/535668/prevalencia-de-la-obesidad-por-genero-y-edad-en-espana/>
28. Indicadores de mortalidad. Esperanza de vida al nacimiento según sexo. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet] 2000-2007 [acceso 15 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1414>
29. Indicadores de estructura de la población. Edad media de la población por provincia, según sexo. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet] 2008-2018 [acceso 20 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=3199>
30. Sanidad Soria [Internet]. Soria. Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria; 2017 [acceso el 18 de mayo de 2019]. La Sanidad de Soria. Disponible en: http://sanidadSORIA.es/Centros/C_Rural
31. Nestlé Nutrition Institute. MNA. Mini Nutritional Assessment. [acceso 18 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.mna-elderly.com>
32. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria [Internet] 2001 [acceso 28 de abril de 2019]; 28 (6): [425-429]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-13020211>
33. Campos M. Calidad de vida en la población mayor de 65 años no institucionalizada de la provincia de Soria. Trabajo fin de grado [Internet] 2018 [acceso 5 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/32654/1/TFG-O-1386.pdf>
34. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Álvarez G. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. Aten Primaria [Internet] 2003 [acceso 5 de mayo de 2019]; 31 (5): [285-294]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670379180X>
35. Andía V. Estudio de salud percibida y análisis del riesgo de desnutrición en un centro de atención integral de ancianos [Tesis doctoral en internet]. País Vasco: 2017. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/21687/TESIS_ANDIA_MU%C3%91OZ_VIRGINIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
36. Índice de masa corporal población adulta según sexo y grupo de edad. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet] 2014 [acceso 9 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2017/p07/l1/&file=03001.px&type=pcaxis&L=1>
37. Gutierrez JL, López E, Banegas JR, Graciani A, Rodriguez F. Prevalence of Overweight and obesity in elderly people in Spain. Obesity research [Internet] 2004 [acceso 5 de mayo de 2019]; 12 (4): [710-715]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2004.83>
38. Varanda L, Pereira P, Ferreira LA, de Araújo G, Kyosen AY, Márcia M. Prevalencia, intensidad de dolor crónico y autopercepción de la salud entre ancianos: estudio de base poblacional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] Jul.-ago. 2014 [acceso 5 de mayo de 2019]; 22(4): [662-669]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00662.pdf

9. ANEXOS

Anexo I. EQ-5D

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 solo

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días

Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar

Tengo moderado dolor o malestar

Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

No estoy ansioso/a ni deprimido/a

Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a

Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

ANEXO II. EQ-VAS

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

Mejor estado
de salud
imaginable

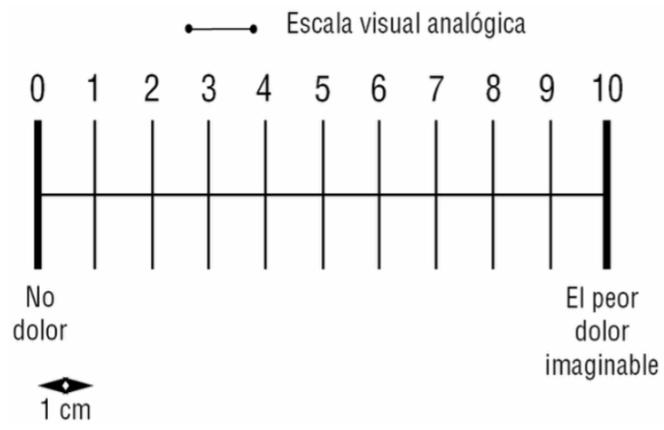
10



0

Peor estado
de salud
imaginable

ANEXO III. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)



ANEXO IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO UNIVERSIDAD Y SACYL
TÍTULO DEL PROYECTO: RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA, DOLOR E INDICE DE MASA CORPORAL EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MAS
RESPONSABLE Y ALUMNA TFG: Dra. Ana Fernández. Sofía Prades

PACIENTE

Yo, D/Dña
he leído la hoja de información, he comprendido las explicaciones que se me han facilitado.
Por tanto, declaro estar correctamente informado/a y doy mi consentimiento para la
utilización de los datos de los cuestionarios de forma anónima y codificada.

En, a de de 20....

Paciente Fdo. D.N.I.	Investigador/a Fdo. D.N.I.
-----------------------------------	---

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, D/Dña.....en calidad
de..... del paciente he
leído la hoja de información, he comprendido las explicaciones que se me han facilitado. Por
tanto, declaro estar correctamente informado/a y doy mi consentimiento para la utilización
de datos de los cuestionarios de forma anónima y codificada.

En, a de de 20....

Representante legal Fdo. D.N.I.	Investigador/a Fdo. D.N.I.
--	---

REVOCACIÓN O DENEGACIÓN

Yo, D/Dña
después de ser informado/a de la naturaleza del procedimiento propuesto, REVOCO/DENIEGO
de forma libre y consciente el consentimiento para su realización.

En, a de de 200....

Paciente Fdo. D.N.I.	Investigador/a Fdo. D.N.I.	Representante legal Fdo. D.N.I.
-----------------------------------	---	--

ANEXO V. PETICIÓN DE PERMISO DE RECOGIDA DE DATOS PARA EL ESTUDIO

FORMATO DE SOLICITUD

Soria, a 14 de ENERO de 2019

A/A: Coordinación Investigación. Área de Salud de Soria.

SOLICITUD APROBACIÓN PROYECTO FIN DE GRADO POR GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORI

TÍTULO DEL PROYECTO	
Nombre Alumna/o: <u>SOFIA PRADES GONZ</u>	DNI: <u>73472961 S</u>
Email Alumna/o: <u>sofia_4696@hotmail.com</u>	Teléfono Alumna/o: <u>646015225</u>
Nombre Tutor/a: <u>ANA M^a FERNANDEZ ADARQUE</u>	Cargo académico: <u>DECANA</u>
Nombre del Responsable Asistencial: <u>MARIANO DOLODO y M^a Concepción Vena García</u>	

EL PROYECTO QUE SE ADJUNTA INCLUYE LOS APARTADOS MARCADOS:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Introducción	<input checked="" type="checkbox"/> Objetivos
<input checked="" type="checkbox"/>	Material y método	
<input checked="" type="checkbox"/>	Compromiso de cumplimiento de los aspectos legales y éticos de la investigación y los derechos de los pacientes.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Consentimiento informado	
	Determinación de beneficios y riesgos potenciales del estudio <u>NINGUNO</u>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Garantías de confidencialidad y anonimización de datos personales	
<input checked="" type="checkbox"/>	Conformidad del responsable asistencial de los pacientes, si procede	
<input checked="" type="checkbox"/>	Estudio estadístico	<input checked="" type="checkbox"/> Bibliografía
	Si procede, previsión de compensación a los participantes y cobertura en caso de posibles daños. <u>NO PROCEDE</u>	
Autorización responsable médico y supervisión de enfermería de cada Servicio/Unidad donde se realizará el TFG		

La/el alumna/o, **Manifiesta su compromiso** de guardar absoluta confidencialidad sobre todos los datos de información de los pacientes y del Centro sanitario a los que tenga acceso en el desempeño de su formación práctica. Asimismo, se compromete a no acceder ni utilizar los datos de los pacientes, su historia clínica, y cualquier otra información sobre la que tenga conocimiento dentro del ámbito sanitario, sin la debida autorización expresa. El compromiso de confidencialidad y demás obligaciones anteriormente referidas subsistirán incluso una vez finalizadas las prácticas en el Centro sanitario correspondiente.

Los abajo firmantes, declaran conocer y entender: La Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, el Real Decreto 1720/2007 en el que se aprueba el desarrollo de la Ley anterior citada, y las previsiones al respecto contempladas en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.

Alumno, tutor y responsable asistencial de los pacientes muestran su conformidad a participar en el proyecto.

Alumno/a: 
SOFIA PRADES GONZ

Tutor: 
ANA M. FERNANDEZ ADARQUE

Responsable asistencial: 
MARIANO DOLODO

*Normativa aplicable: Constitución Española; Ley 1411986, de 25 de abril, General de Sanidad; Ley 1511999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; Ley 33/2001, de 4 de octubre, General de Salud Pública; Ley 8/2003, de 8 de abril, Sobre Derechos y Deberes de las Personas en Relación con la Salud; Decreto 10112005, de 22 de diciembre, por el que se Regula la Historia Clínica.