

Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de una clínica de medicina familiar

RESUMEN

Objetivo: conocer a través de dos instrumentos de evaluación, la calidad de vida autopercibida de los pacientes de la tercera edad que acuden a la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez”.

Métodos: estudio prospectivo, observacional, transversal, descriptivo, en el que se recabó información de 178 adultos mayores a través de una ficha de identificación y de los cuestionarios Perfil de Salud de Nottingham y Láminas Coop/Wonca. Se utilizó *U* de Mann-Withney y prueba de Kruskal-Wallis, con un nivel de significación de 0.05.

Resultados: las variables asociadas con peor calidad de vida en ambos cuestionarios fueron sexo femenino, viudez, nivel de estudios bajo y no trabajar. En relación con las comorbilidades, los pacientes con diabetes reflejaron peor calidad en todas las dimensiones del Perfil de Salud, con significación estadística; en cuanto a las Láminas Coop/Wonca, las pacientes con enfermedad cardíaca presentaron la misma situación.

Conclusiones: en los dos cuestionarios se encontraron datos similares en relación con los factores que condicionan peor calidad de vida. Los que se refieren a estilos de vida pueden ser modificables, incluso en pacientes con patologías crónico-degenerativas.

SUMMARY

Objective: to know the self-perceived quality of life by elderly patients through two evaluation instruments.

Methods: a prospective, observational, cross-sectional, and descriptive study. Successful information of 178 elder adults attending medical consultation was obtained with the purpose of evaluating the quality of life, through two validated questionnaires: Nottingham Health Profile and Coop/Wonca charts. The *U*Mann-Withney and Kruskal-Wallis test were used, with a significal level of 0.05.

Results: the worst statistical quality of life variables in both tests were: women, widow, low studies level and no working. In relation with the coexisting chronic medical conditions for the health profile: diabetes mellitus patients showed a worse quality in all dimensions with statistical significance. As for the charts, cardiac disease patients showed the same situation.

Conclusions: in both tests, similar data in relation with the factors that condition a poor quality of life were found.

¹Unidad de Posgrado,
 Departamento
 de Medicina Familiar,
 Facultad
 de Medicina, Universidad
 Nacional Autónoma de
 México

²Clínica de Medicina
 Familiar “Dr. Ignacio
 Chávez”, Instituto de
 Seguridad y Servicios
 Sociales de los
 Trabajadores del Estado

Distrito Federal, México

Comunicación con:
 Alberto González
 Pedraza-Avilés.
 Tel: (55) 5684 0763;
 5684 3354; 5684 3277.
 Fax: (55) 5684 0763.
 Correo electrónico:
 albemari@correo.unam.mx

Introducción

Los avances científicos y tecnológicos alcanzados en la medicina han reducido las enfermedades mortales y han hecho posible que disminuya la tasa de mortalidad y aumente la esperanza de vida. Como consecuencia, la sociedad de fines del siglo XX se encontró ante un fenómeno nuevo: la longevidad de su población.

Si bien estos cambios han prolongado la vida, en la actualidad hay estados de salud peores que la muerte

y estamos enfrentando un conflicto entre cantidad y calidad de vida, lo que acarrea dilemas éticos y de difícil resolución.¹

En México, al igual que en la mayoría de los países del mundo, se ha experimentado la transición demográfica hacia una población longeva con características particulares, lo que obliga a realizar cambios importantes en la estructura política, económica y social, con prioridad en la prestación de servicios sociales y de salud.

Palabras clave

anciano
 calidad de vida
 perfil de salud

Key words

aged
 quality of life
 profile of health

El interés por investigar sobre la calidad de vida del adulto mayor cobra importancia en la década de 1980, ante la demanda de una visión holística de los problemas de salud para medir el impacto de la misma en el bienestar general.²

La calidad de vida en la vejez es en gran medida consecuencia de las peculiaridades del medio en que se ha desarrollado la persona durante toda su existencia y se relaciona significativamente con su estado de salud percibido.³

La definición y concepción de la calidad de vida ha sido y continúa siendo un proceso complejo que presenta numerosos problemas técnicos y fisiológicos. La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en

relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”.⁴

La mayoría de los autores define la calidad de vida relacionada con la salud (CVRs) como un concepto multidimensional. Por ello se ha señalado que las medidas de ese concepto deben incluir indicadores de la patología del estado funcional (incluyendo las funciones físicas, psicológicas y sociales) y de las percepciones de salud.

En la actualidad se reconoce de forma generalizada que el impacto de las enfermedades sobre los pacientes no puede ser descrito en su totalidad por medidas objetivas de salud como la extensión de un tumor, el resultado de una biopsia o la medición de la tensión arterial; se tienen que considerar otros factores “subjetivos” como el dolor, la capacidad funcional o el bienestar emocional, los cuales se consideran imprescindibles al momento de evaluar en forma global el estado de salud de las personas.

Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos como conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones (aspectos fundamentales para estrategias y programas en políticas de salud), evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas o modificar los síntomas y función física a través del tiempo. La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento, por lo que los instrumentos para medir la calidad de vida deben considerarse herramientas adicionales en la evaluación del paciente y en la conducción de ensayos clínicos.⁵

Los instrumentos para medir CVRS se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. El carácter del instrumento será genérico en la medida que incluya la totalidad de las dimensiones que componen la CVRS, mientras que si se concentra en un concepto particular (función familiar) será específico.⁵

Los instrumentos genéricos son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva.⁶ Los más utilizados son el *Sickness Impact Profile*, el *Nottingham Health Profile* (*Perfil de Salud de Nottingham*), el *Short Form* (SF-36), el EuroQol-5D y las Láminas Coop/Wonca.⁷

Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo;⁵ proporcionan mayor capacidad de discriminación y predicción y son particularmente útiles para ensayos clínicos; e incluyen solo los aspectos importantes de una enfermedad, para valorar ciertas funciones o

Cuadro I
Ánálisis descriptivo de la población en estudio (n = 178)

Variable	Frecuencia	%	% acumulado
Sexo			
Femenino	107	60.1	60.1
Masculino	71	39.9	100
Edad (años)			
60-70	106	59.6	59.6
71-80	52	29.2	88.8
81 o más	20	11.2	100.0
Estado civil			
Casado	98	55.1	55.1
Viudo	53	29.8	84.9
Divorciado	10	5.6	90.5
Soltero	17	9.5	100.0
Años de estudios			
1-6	70	34.3	39.3
7-9	39	21.9	61.2
10-2	18	10.1	71.3
13 o más	51	28.7	100
Sitio de trabajo			
Hogar	32	18.0	18.0
Fabrica	20	11.2	29.2
Oficina	72	40.4	69.6
Otros	54	30.1	100.0
Ocupación actual			
No trabaja	84	47.2	47.2
Trabaja	36	20.2	67.4
Pensionado o jubilado	58	32.6	100.0
¿Con quién vive?			
Sus hijos	58	32.6	32.6
Su pareja	88	49.4	82.0
Otros familiares	13	7.3	89.3
Solo con visitas	12	6.7	96.1
Solo sin visitas	7	3.9	100.0

un determinado síntoma clínico. Tienen la ventaja de presentar una mayor sensibilidad a los cambios, antes y después del tratamiento que los genéricos. Su mayor desventaja estriba en que no permiten comparaciones entre diferentes afecciones.⁷

Uno de los instrumentos genéricos fundamentales en atención primaria y el único especialmente diseñado para ser utilizado en la consulta médica son las Láminas Coop/Wonca.⁸

Otro instrumento que nos permite medir la CVRS es el Perfil de Salud de Nottingham, desarrollado en el Reino Unido para determinar el estado general de salud. Ha sido validado y traducido a un número importante de idiomas, destacándose las traducciones al español de Alonso y colaboradores,⁹ al francés de Bureau Chalot y colaboradores,¹⁰ al sueco de Wann Hansson y colaboradores,¹¹ y al alemán de Post y colaboradores,¹² entre otras.

El objetivo del presente estudio fue conocer la CVRS de los adultos mayores de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a través de la aplicación de dos instrumentos genéricos, y asociar las dimensiones de cada uno con una serie de variables sociodemográficas y de estado de salud de los pacientes.

Métodos

Estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo de pacientes mayores de 60 años de edad, de uno y otro sexos, derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez”, adscritos a la consulta externa de ambos turnos, captados en las salas de espera de la Clínica durante noviembre de 2007, y que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

La muestra se obtuvo en forma aleatoria no probabilística. El cálculo del tamaño se realizó para estimar la media de la puntuación total del Perfil de Salud de Nottingham, con una precisión de tres puntos y un nivel de confianza de 95 %. Se asumió una desviación típica de 18, identificada en la literatura al respecto.⁹ El tamaño obtenido fue de 138.

Se excluyeron pacientes con deterioro mental, problemas auditivos o de lenguaje, o que no aceptaron participar en el estudio.

Cédulas de recolección de datos

Se aplicó una ficha de identificación con los siguientes datos: edad, sexo, nivel de estudios, ocupación laboral, convivencia social y presencia de

enfermedades crónicas degenerativas. Además, se eligieron dos cuestionarios para medir la CVRS:

- *Perfil de Salud de Nottingham*, constituido por 38 preguntas agrupadas en seis dimensiones: energía, dolor, sueño, aislamiento social, relaciones emocionales y movilidad.⁹
- *Láminas Coop/Wonca*, cada una de las cuales contiene un reactivo relativo al estado funcional del paciente en las dimensiones forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud y dolor.⁸

**González
Pedraza-Avilés A.
Calidad de vida
en adultos mayores**

Análisis estadístico

Debido a que las variables dependientes (dimensiones de ambos cuestionarios de calidad de vida) presentaron una distribución libre de curva al aplicarles la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y que, además, no fue posible transformarlas por los diferentes ensayos de datos continuos (logarítmicos o de potenciación), para relacionar los resultados de los cuestionarios con las variables de estudio, se aplicaron las pruebas no parámetricas *U* de Mann-Whitney para dos muestras independientes y el análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis para tres o más muestras independientes, con un nivel de significación de 0.05. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 12.

Consideraciones éticas

El proyecto fue evaluado por el Comité de Investigación, Bioseguridad y Bioética de la clínica referida, y registrado con el número 139.2007 en la Subdirección General Médica del Instituto. El es-

Cuadro II Resultados del cuestionario Perfil de Salud de Nottingham aplicado a la población de estudio

Dimensión	Media	DE
Energía	24.53	35.12
Dolor	27.66	29.17
Sueño	33.82	29.07
Aislamiento social	16.29	23.71
Reacciones emocionales	27.24	27.02
Movilidad	25.44	26.20

DE = desviación estándar

tudio no representó ningún riesgo de daño físico, psicológico o moral para las personas que aceptaron participar, además de apegarse íntegramente a los postulados de la Declaración de Helsinki de 1964 y a sus posteriores enmiendas, y a la *Ley General de Salud en Materia de Investigación*.

Resultados

El número total de pacientes en el estudio fue de 178, con edades entre 60 y 97 años, media de 70.54 y desviación estándar de 7.56; 71 fueron del sexo masculino (39.9 %) y 107 (60.1 %) del femenino. Solo 18 pacientes (10.1 %) tenían nivel medio superior y 51 (28.7 %), estudios profesionales. El análisis descriptivo de los datos sociodemográficos en la población se muestra en el cuadro I.

Respecto a las enfermedades, 102 pacientes (52.3 %) presentaron hipertensión arterial, 55 (30.9 %) diabetes mellitus tipo 2, 48 (27.1 %) enfermedades reumáticas y 38 (21.3 %) enfermedades del corazón.

Los resultados generales del Perfil de Salud de Nottingham para medir de manera subjetiva la CVRS se presentan en el cuadro II. La dimensión del sueño alcanzó los valores más altos, asociados con peor calidad de vida (33.82); en las dimensiones de energía (24.53) y aislamiento social (16.29) se obtuvieron los valores más bajos, asociados con una mejor calidad de vida.

Los resultados generales de las Láminas Coop/Wonca reflejan peores calificaciones; las dimensiones de forma física (3.22) y estado de salud (3.20) obtuvieron los valores más altos, asociados con peor calidad de vida; la dimensión de activi-

dad social tuvo el valor más bajo (1.87), relacionado con mejor calidad de vida (cuadro III).

Del análisis de la relación entre las dimensiones de los cuestionarios y las diferentes variables de estudio se obtuvo lo siguiente: en el Perfil de Salud de Nottingham, la dimensión dolor se asoció con significación estadística con todas las variables; la dimensión energía se relacionó con el estado civil, el nivel de estudios y la ocupación actual; la dimensión de reacciones emocionales, con el nivel de estudios, el sitio de trabajo y la ocupación actual. Estas dimensiones fueron las que tuvieron el mayor número de asociaciones. De manera particular, ser mujer, la viudez, el nivel bajo de estudios (1 a 6 años) y no trabajar tuvieron un rango promedio menor en las calificaciones, lo que representa una peor calidad de vida (cuadro IV).

En relación con el mismo cuestionario y las enfermedades presentes en los pacientes, la dimensión de energía se asoció estadísticamente con todas las enfermedades analizadas, mientras que la movilidad y el dolor se asociaron con todas excepto con las cardíacas. De hecho, los pacientes que refirieron diabetes mellitus tipo 2 alcanzaron rangos promedios menores en todas las dimensiones, lo que refleja peor calidad de vida (con significación estadística) (cuadro V).

Con las Láminas Coop-Wonca se obtuvieron los siguientes resultados: la dimensión de forma física tuvo asociación estadísticamente significativa con todas las variables, excepto con el sitio de trabajo; la dimensión sentimientos se relacionó con el sexo, grupo de edad y nivel de estudios; la dimensión del estado de salud autopercibido se relacionó con nivel de estudios, sitio de trabajo y ocupación actual. Estas dimensiones registraron el mayor número de asociaciones. De forma individual, ser mujer, la edad ≥ 81 años, el menor nivel de estudios, no trabajar y vivir con los hijos, tuvieron un rango promedio menor, lo que representa peor calidad de vida (cuadro VI).

Con excepción del grupo de edad mayor de 81 años, los factores de los pacientes asociados con peor calidad de vida fueron los mismos para los dos cuestionarios.

En relación con el mismo cuestionario y las enfermedades presentes en los pacientes, la dimensión sentimientos tuvo el mayor número de asociaciones con significación estadística (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardíacas). Los pacientes con diagnóstico de enfermedad cardíaca tuvieron rangos promedio menores en casi todas dimensiones (excepto en forma física), con significación estadística, lo que traduce peor calidad de vida (cuadro VII).

Cuadro III
Resultados en las Láminas Coop/Wonca en sus diferentes dimensiones y en el total

Dimensión	Media	DE
Sentimientos	2.11	1.09
Forma física	3.22	1.06
Actividad social	1.87	1.21
Actividad cotidiana	1.92	1.22
Estado de salud	3.20	1.13
Cambios en el estado de salud	2.69	0.98
Dolor	2.61	1.36

DE = desviación estándar

Discusión

El objetivo principal de la práctica médica consiste en preservar el estado de salud del paciente, pero la salud ya no se puede entender únicamente como la simple ausencia de la enfermedad; consecuentemente, la atención médica ha ampliado sus horizontes desde una focalización biológica hacia un funcionamiento global, físico, mental y social. Esto es especialmente relevante en atención primaria donde somos conscientes, como en ningún otro campo del conocimiento, de la necesidad de desarrollar una práctica clínica orientada biopsicosocialmente. Con el modelo biomédico clásico difícilmente podemos comprender el amplio abanico de motivos de consulta.

Si consideramos importante el estado funcional, deberemos ser capaces de evaluarlo de alguna manera. Estado funcional, estado de salud y calidad de vida son conceptos íntimamente relacionados e intercambiables en muchos aspectos.¹³ La WONCA define el estado funcional como la capacidad para desarrollar una determinada tarea o papel, en un momento dado o durante un periodo determinado.¹⁴ El estado funcional es un aspecto del estado de salud que a su vez forma parte de la calidad de vida relacionada con la salud.

En la actualidad disponemos de una amplia colección de instrumentos que nos informan cómo se siente el paciente, cuál es su estado funcional y cómo percibe su propia salud. Sin embargo, evaluar adecuadamente todos estos aspectos requiere un tiempo precioso en las ya de por sí sobrecargadas consultas en atención primaria.

Investigaciones realizadas en los últimos años han demostrado una pobre correlación entre las estimaciones del médico y las del paciente, sobre el estado funcional, el bienestar emocional y la calidad de vida en general. Es necesario trabajar con las percepciones de los propios pacientes,¹⁵ y si son autodeclaradas mejor.

La autopercepción de salud se considera un parámetro válido para la medición del estado de salud. A nivel poblacional, en los adultos mayores ha demostrado ser un buen indicador de la demanda de los servicios sanitarios.¹⁶ Estudios longitudinales han indicado que la supervivencia está mucho más relacionada con la salud subjetiva que con la objetiva, y que la atención de salud positiva es uno de los pocos factores asociados con un envejecimiento satisfactorio.¹⁷

Un último argumento se centra en el progresivo aumento de la esperanza de vida de la población y el incremento de las patologías crónicas, donde los esfuerzos terapéuticos se deben focalizar

Cuadro IV
Relación entre el Perfil de Salud de Nottingham y las variables*

Dimensión	Variables	Rango promedio	Probabilidad
Sexo			
Movilidad	Masculino	97.35	0.049
	Femenino	84.29	
Dolor	Masculino	101.87	0.002
	Femenino	81.29	
Estado civil			
Energía	Casado	93.35	0.042
	Viudo	78.51	
	Divorciado	97.50	
	Soltero	96.85	
Dolor	Casado	94.09	0.018
	Viudo	75.10	
	Divorciado	105.20	
	Soltero	98.71	
Aislamiento social	Casado	95.39	0.025
	Viudo	78.29	
	Divorciado	83.50	
	Soltero	94.00	
Años de estudios			
Energía	1-6	80.00	0.006
	7-9	86.42	
	10-12	97.42	
	13 o más	102.10	
Dolor	1-6	77.23	0.001
	7-9	83.74	
	10-12	92.92	
	13 o más	109.54	
Sueño	1-6	77.60	0.025
	7-9	95.17	
	10-12	110.75	
	13 o más	94.00	
Aislamiento social	1-6	75.76	0.000
	7-9	88.38	
	10-12	94.83	
	13 o más	107.33	
Reacciones emocionales	1-6	79.60	0.003
	7-9	83.01	
	10-12	95.11	
	13 o más	106.07	
Sitio de trabajo			
Dolor	Hogar	70.17	0.036
	Fábrica	101.25	
	Oficina	94.01	
	Otros	90.58	
Aislamiento social	Hogar	74.08	0.029
	Fábrica	83.50	
	Oficina	96.92	
	Otros	90.96	
Reacciones emocionales	Hogar	69.31	0.022
	Fábrica	93.00	
	Oficina	93.99	
	Otros	94.19	
Ocupación actual			
Energía	No trabaja	82.24	0.025
	Trabaja	100.06	
	Pensionado o jubilado	93.47	
Dolor	No trabaja	77.19	0.002
	Trabaja	102.57	
	Pensionado o jubilado	99.22	
Sueño	No trabaja	86.26	0.032
	Trabaja	107.44	
	Pensionado o jubilado	83.05	
Reacciones emocionales	No trabaja	80.96	0.019
	Trabaja	92.17	
	Pensionado o jubilado	100.21	
Movilidad	No trabaja	79.65	0.012
	Trabaja	102.04	
	Pensionado o jubilado	96.68	

*Solo las que tuvieron significación estadística. A menor rango promedio, peor calidad de vida

Cuadro V**Relación entre el Perfil de Salud de Nottingham y las patologías***

Dimensión	Patologías	Rango promedio	Probabilidad
Hipertensión arterial			
Energía	Presente	83.23	0.007
	Ausente	97.92	
Dolor	Presente	83.06	0.022
	Ausente	98.14	
Sueño	Presente	80.17	0.002
	Ausente	102.03	
Reacciones emocionales	Presente	82.97	0.013
	Ausente	98.26	
Movilidad	Presente	78.92	0.000
	Ausente	103.70	
Diabetes mellitus			
Energía	Presente	79.23	0.010
	Ausente	94.09	
Dolor	Presente	73.33	0.001
	Ausente	96.73	
Sueño	Presente	76.21	0.011
	Ausente	95.44	
Aislamiento social	Presente	75.96	0.001
	Ausente	95.55	
Reacciones emocionales	Presente	75.97	0.003
	Ausente	95.55	
Movilidad	Presente	76.79	0.009
	Ausente	95.18	
Enfermedades reumáticas			
Energía	Presente	79.14	0.018
	Ausente	93.33	
Dolor	Presente	66.38	0.000
	Ausente	98.04	
Movilidad	Presente	71.71	0.001
	Ausente	96.07	
Enfermedades cardíacas			
Energía	Presente	72.26	0.001
	Ausente	94.18	
Sueño	Presente	70.71	0.005
	Ausente	94.60	
Aislamiento social	Presente	74.32	0.009
	Ausente	93.62	

*Solo las que tuvieron significación estadística. A menor rango promedio, peor calidad de vida

en intentar lograr mejorías en la sensación de bienestar global del paciente. Conscientes del cambio que representan las condiciones crónicas, sobre todo en la atención primaria, desde diversos foros se ha propuesto que la calidad de vida sea tenida en cuenta como el objetivo esencial de los cuidados médicos.¹⁸

Uno de los instrumentos genéricos fundamentales en atención primaria son las Láminas Coop/Wonca, y el único específicamente diseñado para ser utilizado en la consulta médica.¹⁹ Otro cuestionario genérico ampliamente empleado es el Perfil de Salud de Nottingham, el cual ha sido validado y se cuenta con una traducción y adaptación al idioma español.²⁰ Ambos fueron elegidos en esta investigación por su probada efectividad.

Es importante mencionar que si bien en este estudio se utilizaron dos de los cuestionarios más citados en la literatura internacional, debido a que la forma de evaluarlos es diferente y las dimensiones que exploran uno y otro también, el objetivo no fue compararlos sino analizarlos de manera independiente.

En relación con el Perfil de Salud de Nottingham, las dimensiones con mayores puntuaciones en nuestro estudio fueron el sueño (33.8) y el dolor (27.6). Aspiazu Garrido y colaboradores,⁷ en un estudio con 911 pacientes, también refirieron el sueño (31.8) y el dolor (25.6) como las dimensiones con mayores puntuaciones. Casado y colaboradores,² en su estudio con 386 adultos mayores, mencionan las dimensiones de sueño, movilidad y dolor como las de mayor quebranto. El sueño ha sido también señalado como el aspecto más deteriorado en otras investigaciones.^{21,22} Contrario a lo anterior, el aislamiento social presenta el menor deterioro subjetivo, dato que concuerda con lo informado por otros autores,^{2,17,21} con mayor deterioro (como sería lógico) en los adultos mayores que viven solos o en núcleos familiares sin pareja y que carecen de este importante apoyo social.

Cabe mencionar que de todas las variables analizadas, con quién se vive constituyó el único rubro, junto con la edad, sin diferencias estadísticas significativas entre las categorías, lo que indica un comportamiento similar en los resultados del cuestionario, independientemente de la situación social.

En las Láminas Coop/Wonca, las dimensiones con más altas puntuaciones fueron la forma física (3.2), el estado de salud (2.69) y el dolor (2.61). Lizán y colaboradores²³ refieren las mismas dimensiones como las de mayor deterioro en su estudio de 475 pacientes: estado de salud 3.4, forma física 3.0 y dolor 2.7. García Olmos y colaboradores,²⁴ con 300

adultos mayores, comprobaron que las mayores disfunciones se presentan en relación con la actividad física y la percepción de la salud global.

En la presente investigación, en el Perfil de Salud de Nottingham las mujeres presentaron las puntuaciones más altas o rangos promedio más bajos, sin embargo, las diferencias fueron estadísticamente significativas solo en las dimensiones de dolor y movilidad. Nieto y colaboradores³ —con un cuestionario diferente, el Inventory de Calidad de Vida— refieren que no identificaron diferencias en 74 pacientes en relación con el sexo. Sin embargo, Casado y colaboradores² señalan que las mujeres tuvieron mayor deterioro en todas las dimensiones, con diferencias significativas excepto en energía. Lo mismo apuntan Bayó y colaboradores²¹ (en su estudio con 316 pacientes mayores de 75 años) y Aspiazu y colaboradores,⁷ pero en ambos casos con diferencias significativas en todas las dimensiones.

En las Láminas Coop/Wonca también las mujeres obtuvieron las puntuaciones más altas en todas las dimensiones, pero con diferencias estadísticas significativas solo en los rubros de sentimientos y forma física. García Olmos y colaboradores²⁴ señalan que las mujeres tienen un nivel de salud y una percepción de salud peores que los varones. Ruigómez²⁵ y Haan²⁶ obtuvieron resultados similares, lo que hace pensar en la existencia de factores extrínsecos o intrínsecos que empeoran su percepción. Sobre ello, existen diversas teorías: mayor exposición a problemas emocionales, menores oportunidades de mejora de su calidad de vida, mejor aceptación social de la expresión de sus quejas.^{27,28}

Respecto a los grupos etarios y el Perfil de Salud de Nottingham, coincidimos con Bayó y colaboradores²¹ en que no se presenta un mayor deterioro en la calidad de vida conforme aumenta la edad, lo anterior con base en que no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre las categorías analizadas. Sin embargo, Casado y colaboradores,² y Aspiazu y colaboradores,⁷ refieren peores puntuaciones a mayor edad, incluso con diferencias significativas en todas las dimensiones, con excepción de las reacciones emocionales. Estas discrepancias pudieran estar dadas más que por la edad del paciente, por las diferentes situaciones que producen cambios que precisan de una adaptación, como la jubilación.

En cuanto a las Láminas Coop/Wonca y la edad, los diferentes estudios^{2,29} presentan discrepancias entre sus resultados, lo que confirma lo expuesto.

En relación con el estado civil de los pacientes y el Perfil de Salud de Nottingham, los viudos pre-

Cuadro VI
Relación entre las Láminas COOP-WONCA y las variables sociodemográficas*

Dimensión	Variables	Rango promedio	Probabilidad
Sexo			
Sentimientos	Masculino	99.23	
	Femenino	83.04	0.013
Forma física			
	Masculino	100.83	
	Femenino	81.98	0.010
Edad (años)			
Sentimientos	60 -70	85.76	
	71-80	102.20	
	81 o más	76.30	0.026
Estado civil			
Forma física	Casado	96.96	
	Viudo	70.10	
	Divorciado	112.35	
	Soltero	93.53	0.002
Años de estudios			
Sentimientos	1-6	79.88	
	7-9	85.03	
	10-12	89.56	
	13 o más	106.11	0.009
Forma física	1-6	80.84	
	7-9	82.62	
	10-12	92.33	
	13 o más	105.66	0.030
Actividad cotidiana	1-6	84.94	
	7-9	82.23	
	10-12	80.94	
	13 o más	104.34	0.020
Estado de salud	1-6	74.29	
	7-9	91.35	
	10-12	84.94	
	13 o más	110.58	0.001
Sitio de trabajo			
Estado de salud	Hogar	71.45	
	Fábrica	85.88	
	Oficina	100.69	
	Otros	86.61	0.034
Ocupación actual			
Forma física	No trabaja	77.01	
	Trabaja	113.42	
	Pensionado/ jubilado	92.74	0.001
Actividad social	No trabaja	80.71	
	Trabaja	103.31	
	Pensionado/ jubilado	93.66	0.010
Actividad cotidiana	No trabaja	82.11	
	Trabaja	102.49	
	Pensionado/ jubilado	92.14	0.034
Estado de salud	No trabaja	77.89	
	Trabaja	103.14	
	Pensionado/ jubilado	97.84	0.009
¿Con quién vive?			
Forma física	Sus hijos	74.81	
	Su pareja	97.22	
	Otros familiares	102.96	
	Sólo con visitas	80.58	
	Sólo sin visitas	104.50	0.043

*Solo se presentan las que tuvieron significación estadística

A menor rango promedio, peor calidad de vida

**González
Pedraza-Avilés A.**
**Calidad de vida
en adultos mayores** sentaron peor calidad de vida en todas las dimensiones, sin embargo, las diferencias solo fueron estadísticamente significativas en energía, dolor y aislamiento social. Los mismos resultados se obtuvieron con las Láminas Coop/Wonca, pero solo la dimensión de forma física presentó diferencias. El único informe en la literatura que analiza esta variable es el de Nieto y colaboradores,³ quienes obtuvieron resultados similares: con los viudos con la peor calidad de vida y los casados con el me-

nor deterioro, principalmente en los rubros de actividad sexual y economía, dimensiones no analizadas con ninguno de los dos cuestionarios utilizados en esta investigación.

Conforme el Perfil de Salud de Nottingham a mayor nivel de estudios, mejor calidad de vida, con diferencias estadísticas significativas en todas las dimensiones menos en movilidad. Casado y colaboradores² registran resultados similares, si bien en el rubro de sueño no hubo diferencias. Los mismos resultados se obtuvieron con las Láminas Coop/Wonca, pero sin diferencias en las actividades sociales y el dolor.

Para las variables asociadas con la actividad laboral y los dos cuestionarios utilizados, los pacientes que se dedicaron al hogar y los que no trabajaban presentaron peor calidad de vida, con diferencias significativas prácticamente en todas las dimensiones. Estos datos son similares a los de García Pérez y colaboradores,³⁰ quienes concluyeron que el sedentarismo se relaciona con peor calidad de vida.

En la variable de con quién vive, en ambos cuestionarios, aunque en la mayoría de las dimensiones los pacientes que vivían solos obtuvieron puntuaciones desfavorables, no se encontraron diferencias estadísticas significativas en ninguna dimensión, con excepción de la forma física de las Láminas. Con el Perfil de Salud de Nottingham, Bayo²¹ y Casado² asocian las peores calificaciones con los pacientes que viven solos o con otros familiares, y en la mayoría de las dimensiones con diferencias estadísticas significativas.

Respecto a las patologías crónicas degenerativas y los dos cuestionarios, cuando los pacientes refirieron presentar dichas patologías tuvieron calificaciones que reflejan peor calidad de vida, en la mayoría de las dimensiones con diferencias significativas. García Pérez y colaboradores,³⁰ en un estudio con 270 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión arterial, utilizando el Perfil de Salud de Nottingham obtuvieron calificaciones más altas en todas las dimensiones, al compararlas con análisis en poblaciones generales.

Hwee-Lin y colaboradores,³¹ con el cuestionario HRQoL, concluyeron que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y otras patologías presentan más pobre calidad de vida, comparados con aquellos sin diabetes.

Conclusiones

Es claro que la mayoría de los factores analizados no pueden ser modificados, sin embargo, los que

Cuadro VII
Relación entre las Láminas COOP-WONCA y las patologías*

Dimensión	Patologías	Rango promedio	Probabilidad
Hipertensión arterial			
Sentimientos	Presente	82.05	0.007
	Ausente	99.50	
Diabetes mellitus			
Sentimientos	Presente	76.53	0.007
	Ausente	95.36	
Actividad cotidiana	Presente	78.35	0.014
	Ausente	94.49	
Estado de salud	Presente	72.55	0.002
	Ausente	97.08	
Dolor	Presente	73.07	0.002
	Ausente	96.85	
Enfermedades reumáticas			
Cambio en estado de salud	Presente	77.78	0.039
	Ausente	93.83	
Enfermedades cardíacas			
Sentimientos	Presente	70.70	0.002
	Ausente	94.60	
Actividad social	Presente	68.76	0.000
	Ausente	95.13	
Actividad cotidiana	Presente	73.30	0.005
	Ausente	93.90	
Estado de salud	Presente	68.05	0.002
	Ausente	95.32	
Cambios en estado de salud	Presente	73.43	0.015
	Ausente	93.86	
Dolor	Presente	76.18	0.046
	Ausente	93.11	

*Solo las que tuvieron significación estadística. A menor rango promedio, peor calidad de vida

se refieren al estilo de vida como el sedentarismo o el bajo nivel educacional son potencialmente modificables, como lo refieren Guayar Castillón y colaboradores,³² sobre todo desde la consulta del primer nivel de asistencia médica. Incluso en pacientes con patologías crónicas degenerativas, un buen control de las mismas permitirá una mejor calidad de vida de este grupo etario.

Por esta razón, este tipo de mediciones, aunque subjetivas, pueden ser de gran utilidad en la práctica clínica para evaluar el impacto de las intervenciones.

Utilizar dos instrumentos para medir la calidad de vida nos permitió comprobar que ambos pueden ser aplicados indistintamente en la consulta del primer nivel, independientemente de las ventajas o desventajas (tiempo empleado, parámetros analizados, número de preguntas por dimensión), dependiendo de los objetivos y en función de las dimensiones de cada cuestionario.

Referencias

1. Blane D, Netuveli G, Montgomery SM. Quality of life, health and psychological status and change at older ages. *Soc Sci Med* 2008;66(7):1579-1587.
2. Casado JM, González S, Moraleda O, Carmona J, González-Calcerrada R. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;26(3):167-173.
3. Nieto-Munuera J, Abad-Mateo M, Torres-Ortuño A. Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y calidad de vida en población geriátrica. *Ann Psicol* 1998;14(1):75-81.
4. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization. Project to develop a quality of life assessment instrument. *Qual Life Res* 1993;2:153-159.
5. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex* 2002;44(5):448-463.
6. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit* 2000;14(2):163-167.
7. Azpiazu-Garrido M, Cruz-Jentoft A, Villagrasa-Ferrer JC, Abanades-Herranz N, García-Marín N, Álvarez-de Mon Rego C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31(5):285-292.
8. Lizan-Tudela L, Reig-Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta. Las Láminas Coop/Wonca. *Aten Primaria* 2002;29(6):378-384.
9. Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990;80:704-708.
10. Bureau-Chalot F, Novella JL, Jolly D, Ankri J, Guillemin F, Blanchard F. Feasibility, acceptability and internal consistency reliability of the Nottingham Health Profile in dementia patients. *Gerontology* 2002;48(4):220-225.
11. Wann-Hansson C, Hallberg IR, Risberg B, Klevangard R. A comparison of the Nottingham Health Profile and Short Form 36 Health survey in patients with chronic lower limb ischemia in a longitudinal perspective. *Health Qual Life Outcomes* 2004;17(2):9.
12. Post MW, Gerritsen J, van Leusen ND, Paping MA, Prevo AJ. Adapting the Nottingham Health Profile for use in people with severe physical disabilities. *Clin Rehabil* 2001;15(1):103-110.
13. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon RD, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health* 2006;60(4):357-363.
14. Van Weel C. Functional stratus in primary care: Coop/Wonca charts. *Disabil Rehabil* 1993;15(2):96-101.
15. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Koskinen S, Härkänen T, Lönnqvist J. The health-related quality-of-life impact of chronic conditions varied with age in general population. *J Clin Epidemiol* 2007;60(12):1288-1297.
16. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Quality of life and health conditions of the elderly population of Medellin. *Biomedica* 2006;26(2):206-215.
17. Netuveli G, Blane D. Quality of life on older ages. *Br Med Bull* 2008;85:113-126.
18. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334(13):835-840.
19. Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life: generics instruments. En: Shumaker SA, Berzon R, editors. *The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: Rapid Communications of Oxford; 1995. p. 24-29.
20. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994;3(6):385-393.
21. Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A, Casajuana J, Vila MA, et al. Auto percepción de

González
Pedraza-Avilés A.
Calidad de vida
en adultos mayores

- salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. Aten Primaria 1996;17(4):273-279.
22. Van Der Zee Ki, Sanderman R, Heyink J. A comparison of two multidimensional measures of health status: The Nottingham Health Profile and the RAND 36-Item Health Survey 1.0. Qual Life Res 1996;5 (1):165-174.
23. Lizan-Tudela L, Ferrer-Reig A. Adaptación trans-cultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud. La versión española de las Láminas Coop/Wonca. Aten Primaria 1999;4(2):75-82.
24. García-Olmos L, Miranda C, Barrios M, Arias P, Ogando B, Villegas MV. Medición de la capacidad funcional, con las Láminas Coop/Wonca, en una población anciana. Aten Primaria 1994;13(5):233-237.
25. Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. Gac Sanit 1991;58(24):117-124.
26. De Haan R, Aaronson N, Limburg M, Hewer RL, Van Crevel H. Measuring quality of life in stroke. Stroke 1993;24(2):320-327.
27. Wändel PE. Quality of life of patients with diabetes mellitus. Scan J Prim Health Care 2005; 23:68-74.
28. Levasseur M, Desrosiers J, St-Cyr Tribble D. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? Health Qual Life Outcomes 2008;6:30.
29. Tsukino M, Nishimura K, Ikeda A, Koyama H, Mishima M, Izumi T. Physiologic factors that determine the health-related quality of life in patients with COPD. Chest 1996;110(4):896-903.
30. García-Pérez AM, Leyva-Fernández F, Martos-Crespo F, García-Ruiz AJ, Prado-Torres D, Sánchez de la Cuesta A, et al. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Medicina de Familia 2001;(2):29-34.
31. Wee HL, Cheung YB, Li SC, Fong KY, Thumboo J. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related quality of life: Is the whole greater than the sum of its parts? Health Qual Life Outcomes 2005; 3:2. Disponible en <http://www.hqlo.com/content/3/1/2>
32. Guallar-Castillón P, Sendino AR, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. Soc Sci Med 2005; 60(6):1229-1240.