



Universitat de Lleida

Factors determinants de la qualitat de vida relacionada amb la salut de les persones grans que viuen al domicili

Aïda Bonet Augé

<http://hdl.handle.net/10803/371147>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Departament d'Infermeria
Universitat de Lleida

Tesi Doctoral

**FACTORS DETERMINANTS DE LA QUALITAT DE
VIDA RELACIONADA AMB LA SALUT DE LES
PERSONES GRANS QUE VIUEN AL DOMICILI**

Aïda Bonet Augè

Programa de Doctorat en Salut

Direcció:

Dra. Pilar Jürschik Giménez

Lleida, 2015

Al Jordi: Per creure que amb un escuradents puc moure el món. No canviaria ni per un moment res del què hem viscut. El nostre amor creix cada dia. T'estimo.

Als pares: Per ensenyar-me a aixecar després de les caigudes i dir-me que fes el que fes: triés ser feliç. I, Sabeu què? Sóc molt feliç. El vostre alè és el meu motor.

AGRAÏMENTS

A la meva tutora Pilar, per insistir en que allò que veiem com impossible pot ser una realitat si hi poses esforç. A l'equip investigador que ha deixat que participés en aquest projecte i m'ha ensenyat a estimar la recerca.

A Teresa, Miguel Ángel, Ana, Maria i Carmen amb qui he col·laborat en el projecte "Evolució del procés de fragilitat de les persones grans de Lleida". Gràcies per tot. I, també als participants: sense ells no hagués estat possible.

Als meus avis i al meu germà Roc: Per fer de la meva infantesa els millors records.

A Montse Augè per ensenyar-me a estimar els llibres com ningú.

Al meu equip A: Dolors Galarza, Victòria Gil i Montserrat Sellés: Dones, solidàries, treballadores i sanitàries. Què més es pot demanar? I molt especialment, a tu, Maria Josep Labrada: dirigeixes l'equip amb respecte, valentia i estima. He d'agrair-te les ales per volar i el recolzament per aterrar. Gràcies per confiar amb mi.

A l'equip d'infermeria i tots els altres companys de la Fundació Sanitària Sant Josep: Aprenc cada dia a ser millor amb vosaltres.

A Miquel Àngel Torra, Montserrat Sellart i David de la Rica. L'amor pel que un fa defineix els resultats.

A tota la meva família i amics: El vostre recolzament és vital.

Als antics companys de feina de Lleida per qui sempre tinc un somriure.

RESUM

Títol: Factors determinants de la qualitat de vida relacionada amb la salut de les persones grans que viuen al domicili.

Objectiu: Identificar els factors determinants de la qualitat de vida relacionada amb la salut de les persones grans que viuen al domicili.

Mètodes: Estudi descriptiu i transversal. La mostra total va ser de 640 persones de 75 anys o més que vivien al seu domicili. La variable dependent va ser la qualitat de vida relacionada amb la salut mesurada amb l'escala SF-36. I, les variables independents van ser: els determinants de salut (característiques sociodemogràfiques, hàbits saludables i estils de vida i hàbits socials) i l'estat de salut. Les dades van ser obtingudes a partir de l'enquesta FRALLE. Es va procedir a un anàlisi descriptiu i analític (bivariat) i posteriorment es va realitzar un anàlisi de regressió logística múltiple.

Resultats: La mitjana d'edat va ser de 81,5 anys i el 60,3% dels subjectes eren dones. Els participants en l'estudi gaudien d'una bona qualitat de vida, la mitjana de les 8 dimensions era de 71,5 punts sobre 100. Els resultats tenint en compte els components sumari físic, mental i els resultats globals se situaven en: 72, 75 i 71,5 respectivament. Tenint en compte l'anàlisi amb regressió logística les variables més influents en la qualitat de vida global foren: sexe, zona de la ciutat, son, caminar, exercici físic, hàbit de lectura, visita a l'especialista i al CAP, la discapacitat, els símptomes depressius i la desnutrició.

Conclusions: Els determinants de salut que afecten negativament als resultats de la qualitat de vida són: Ser dona, disposar de pocs recursos econòmics, el mal descans nocturn, caminar poc, no practicar exercici físic, la menor utilització del sistema sanitari, viure en una zona de la ciutat menys afavorida i el poc hàbit lector. Pel que fa a l'estat de salut general els factors que més negativament influencien la qualitat de vida són: La discapacitat, els símptomes depressius i el risc de desnutrició.

Paraules claus: Envel·liment, determinats socials de salut, qualitat de vida i factors relacionats amb la qualitat de vida.

RESUMEN

Título: Factores determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores que viven en el domicilio.

Objetivo: Identificar los factores determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores que viven en el domicilio.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal. La muestra total fue de 640 personas de 75 años o más que vivían en su domicilio. La variable dependiente fue la calidad de vida relacionada con la salud medida con la escala SF-36, y las variables independientes fueron: los determinantes de salud (características sociodemográficas, hábitos saludables y estilos de vida y hábitos sociales) y el estado de salud. Los datos fueron obtenidos a partir de la encuesta FRALLE. Se procedió a un análisis descriptivo y analítico (bivariado) y posteriormente se realizó un análisis de regresión logística múltiple.

Resultados: La media de edad fue de 81,5 años y el 60,3% de los sujetos fueron mujeres. Los participantes en el estudio disfrutaban de una buena calidad de vida, la media de las 8 dimensiones era de 71,5 puntos sobre 100. Los resultados teniendo en cuenta los componentes sumario físico, mental y los resultados globales se situaban en : 72, 75 y 71,5 respectivamente. Teniendo en cuenta el análisis con regresión logística las variables más influyentes en la calidad de vida global fueron: sexo, zona de la ciudad, problemas de sueño, caminar, ejercicio físico, hábito de lectura, visita al especialista y al CAP, la discapacidad, los síntomas depresivos y el riesgo de desnutrición.

Conclusiones: Los determinantes de salud que afectan negativamente a los resultados de la calidad de vida son: Ser mujer, disponer de pocos recursos económicos, el mal descanso nocturno, caminar poco, no practicar ejercicio físico, la menor utilización del sistema sanitario, vivir en una zona de la ciudad más desfavorecida y el poco hábito lector. Referente al estado de salud general los factores que más negativamente influyen en la calidad de vida son: La discapacidad, los síntomas depresivos y el riesgo de desnutrición.

Palabras claves: Envejecimiento, determinantes sociales de salud, calidad de vida y factores relacionados con la calidad de vida.

ABSTRACT

Title: Determinants of quality of life related to the health of elderly people living at home.

Objective: Identify the determinants of quality of life related to the health of elderly people living at home.

Methods: A cross-sectional descriptive study. The total sample was 640 people 75 years or older living at home. The dependent variable was the quality of life related to health as measured by the SF-36 scale, and the independent variables were: the determinants of health (demographic characteristics, habits and healthy lifestyles and social habits) and state of health. Data were obtained from the survey FRALLE. We proceeded to a descriptive and analytical analysis (bivariate) and later performed a multiple logistic regression analysis

Results: The average age was 81,5 years and 60,3% of subjects were women. Participants enjoyed a good quality of life. The average of the 8 dimensions of SF-36 was 71.5 points out of 100 in global quality of life. The results considering the physical component summary, mental and overall results in quality of life were placed in : 72, 75 and 71.5 respectively. Using the logistic regression analysis the results showed that: gender, city, sleep problems, walking, exercising, reading habits, visits to the specialist, visit a common doctor, disability, depressive symptoms and the risk of malnutrition were the factors that influence more in the quality of life global results.

Conclusions: The determinants of health that negatively influence the results of quality of life include: Being female, having low incomes, poor sleep, walk little, do not practice exercise, the less use of the health system, live in a disadvantaged area city and the poor reading habit. As for the general health factors that negatively affect the quality of life are: disability, depressive symptoms and the risk of malnutrition.

Keywords: Aging, Social Determinants of Health, quality of life and factors related to quality of life.

ÍNDIX

1. INTRODUCCIÓ	2
2. MARC TEÒRIC	8
2.1. L'envelliment	8
2.2. La salut	12
2.3. La qualitat de vida relacionada amb la salut	15
2.3.1. Component sumari físic i component sumari mental.....	18
2.4. Escales de mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut	19
2.4.1. Índex de qualitat de vida de Spitzer.....	19
2.4.2. Perfil de salut de Nottingham.....	19
2.4.3. Vinyetas COOP / WONCA.....	20
2.4.4. Escala de Philadelphia.....	21
2.4.5. EuroQol – 5d.....	22
2.4.6. Karnofsky.....	23
2.4.7. Índex OARS – MFAQ.....	23
2.4.8. SF-36.....	23
2.5. Els determinants de salut	25
2.5.1 Els determinants socials de salut.....	26
2.5.1.1 Els determinants estructurals.....	27
2.5.1.2 Els determinants proximals.....	28
2.6. Models per la interpretació dels determinants socials de salut	29
2.6.1. Model del Concepte de Camp de Salut.....	29
2.6.2. Model Epidemiològic d'Anàlisi de Polítiques de Salut.....	31
2.6.3. Model dels determinants socials de salut.....	32
2.6.4. Model de Frankish de la Universitat de Columbia.....	33
2.6.5. Model de Marmot.....	35
2.6.6. De l'equitat del model sanitari segons Starfield.....	36
2.6.7. Model dels determinants socials i les desigualtats en salut segons la OMS.....	37
2.6.8. Model INHEM (Cuba 2005).....	41
2.6.9. Health Canada.....	45

2.7. Els determinants socials de salut i la qualitat de vida relacionada amb salut.....	50
2.7.1. Característiques sociodemogràfiques.....	50
2.7.1.1. Edat.....	50
2.7.1.2. Sexe.....	51
2.7.1.3. Estat Civil.....	52
2.7.1.4. Nivell d'estudis.....	53
2.7.1.5. Professi3 anterior a la jubilaci3.....	54
2.7.1.6. Amb qui viu habitualment.....	55
2.7.1.7. Ingressos econ3mics familiars.....	56
2.7.1.8. Zona de la ciutat amb m3s o menys recursos.....	56
2.7.2. H3bits saludables i d'estils de vida.....	57
2.7.2.1. Consum de tabac.....	57
2.7.2.2. Consum d'alcohol.....	58
2.7.2.3. Alimentaci3.....	59
2.7.2.4. Problemes de son.....	60
2.7.2.5. Caminar.....	61
2.7.2.6. Pr3ctica d'esport.....	62
2.7.2.7. H3bit de lectura.....	63
2.7.3. H3bits socials.....	64
2.7.3.1. Vincles familiars amb contacte.....	64
2.7.3.2. Activitats comunit3ries.....	65
2.7.3.3. Recolzament emocional rebut.....	66
2.7.3.4. Ús del sistema sanitari.....	67
2.8 L'estat salut i la qualitat de vida.....	68
2.8.1 Comorbiditat.....	68
2.8.2 Discapacitat b3sica.....	69
2.8.3 Estat cognitiu.....	70
2.8.4 S3mptomes depressius.....	71
2.8.5 Risc de desnutrici3.....	72
3 JUSTIFICACI3.....	76
4 OBJECTIUS.....	80
4.1 Objectiu general.....	80
4.2 Objectius espec3fics.....	80

5	METODOLOGIA	82
	5.1 Font de les dades	82
	5.2 Tipus d'estudi	82
	5.3 Població i mostra	82
	5.4 Subjectes de l'estudi	83
	5.5 Variables i instruments de mesura	83
	5.5.1 Variable dependent: Qualitat de vida relacionada amb salut.....	84
	5.5.2 Variables independents: Determinants de salut i estat de salut.....	86
	5.5.3 Determinants de salut.....	86
	5.5.3.1 Característiques sociodemogràfiques.....	86
	5.5.3.2 Hàbits saludables i d'estils de vida.....	87
	5.5.3.3 Hàbits socials.....	88
	5.5.4 Altres variables i instruments de mesura: Estat de salut.....	90
	5.6 Recollida de dades	90
	5.7 Anàlisi estadístic	91
	5.8 Consideracions ètiques	92
6	RESULTATS	94
	6.1 Característiques de la mostra poblacional de l'estudi	94
	6.1.1 Característiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut.....	94
	6.1.2 Característiques dels determinants de salut.....	95
	6.1.2.1 Característiques sociodemogràfiques.....	95
	6.1.2.2 Hàbits saludables i estils de vida	96
	6.1.2.3 Hàbits socials i utilització dels serveis sanitaris.....	96
	6.1.3 Característiques de l'estat de salut.....	97
	6.2 Associació entre els determinants de salut i la qualitat de vida relacionada amb salut	98
	6.2.1 Associació entre les característiques sociodemogràfiques i la qualitat de vida relacionada amb salut.....	98
	6.2.2 Associació entre els hàbits saludables i estils de vida i la qualitat de vida relacionada amb salut.....	101
	6.2.3 Associació entre els hàbits socials dels participants i la utilització dels serveis sanitaris i la qualitat de vida relacionada amb la salut.....	104
	6.3 Relació entre l'estat de salut dels participants i la qualitat de vida relacionada amb salut	106

6.4 Regressió logística.....	108
6.4.1 Regressió logística dels factors associats a la qualitat de vida relacionada amb la salut en el seu component físic.....	109
6.4.2 Regressió logística dels factors associats a la qualitat de vida relacionada amb la salut en el seu component mental.....	111
6.4.3 Regressió logística dels factors associats a la qualitat de vida relacionada amb la salut en els seus resultats globals.....	113
7 DISCUSSIÓ.....	116
7.1 Característiques de la mostra: qualitat de vida relacionada amb salut, determinants i estat de salut.....	116
7.1.1 Característiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut.....	116
7.1.2 Característiques dels determinants de salut.....	117
7.1.3 Característiques de l'estat de salut.....	117
7.1.4 Associació entre els determinants de salut i la qualitat de vida relacionada amb salut	118
7.1.4.1 Associació entre les característiques sociodemogràfiques i la qualitat de vida.....	118
7.1.4.2 Associació entre els hàbits saludables i estils de vida i la qualitat de vida relacionada amb salut.....	121
7.1.4.3 Associació entre els hàbits socials i la utilització dels serveis sanitaris i la qualitat de vida relacionada amb la salut.....	125
7.1.4.4 Associació entre l'estat de salut i la qualitat de vida relacionada amb salut.....	126
7.2 Limitacions de l'estudi.....	130
8 CONCLUSIONS.....	132
8.1 Segons les característiques dels participants.....	132
8.2 Segons els factors determinants de la qualitat de vida relacionada amb la salut en els seus components físics i mentals.....	132
8.3 Segons el factors determinants de la qualitat de vida relacionada amb la salut global.....	133
9 Bibliografia.....	136
10 Annexos.....	160
Annex 1. Enquesta FRALLE.....	160
Annex 2. Informe Comitè Ètica.....	182

Annex 3. Fulla informativa i consentiment informat.....	183
Annex 4. Dicotomització de les variables.....	185

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1. Principals models de salut usats internacionalment.....	49
Taula 2. Model de mesura SF-36.....	85
Taula 3. Relació entre el paradigma dels determinants socials de salut i les variables que intervenen en l'estudi.....	89
Taula 4. Descripció de la qualitat de vida dels participants: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	94
Taula 5. Descripció de la qualitat de vida dels participants: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE) mitjançant el Component Sumari Físic (CSF), el Component Sumari Mental (CSM) i la QVRS global.....	94
Taula 6. Característiques sociodemogràfiques dels participants (n) i freqüència (%) dels mateixos.....	95
Taula 7. Descripció dels hàbits saludables i estils de vida dels participants (n) i freqüència (%) dels mateixos.....	96
Taula 8. Descripció dels hàbits socials i utilització dels serveis sanitaris dels participants (n) i freqüència (%) dels mateixos.....	97
Taula 9. Descripció de l'estat de salut dels participants (n) i freqüència (%) dels mateixos.....	97
Taula 10. Relació entre les característiques sociodemogràfiques i les dimensions físiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	99
Taula 11. Relació entre les característiques sociodemogràfiques i les dimensions mentals de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	100
Taula 12. Relació entre les característiques sociodemogràfiques i els components sumari físic, mental i QV global dels participants: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	101
Taula 13. Relació entre els hàbits saludables i estils de vida i les dimensions físiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	102

Taula 14. Relació entre els hàbits saludables i estils de vida i les dimensions mentals de la qualitat de vida relacionada amb la salut:: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	103
Taula 15. Relació entre els hàbits saludables i estils de vida i els component sumari físic, mental i QV global dels participants: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	103
Taula 16. Relació entre els hàbits socials i les dimensions físiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	104
Taula 17. Relació entre els hàbits socials i les dimensions mentals de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	105
Taula 18. Relació entre els hàbits socials i els component sumari físic, mental i QV global dels participants: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	106
Taula 19. Relació entre l'estat de salut i les dimensions físiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	107
Taula 20. Relació entre l'estat de salut i les dimensions mentals de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	107
Taula 21. Relació entre l'estat de salut dels participants i els components sumari físic, mental i QV global: Mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE).....	108
Taula 22. Models de regressió logística múltiple de les variables associades amb puntuacions de qualitat de vida en el seu Component Sumari Físic (CSF).....	110
Taula 23. Models de regressió logística múltiple de les variables associades amb puntuacions de qualitat de vida en el seu Component Sumari Mental (CSM).....	112
Taula 24. Models de regressió logística múltiple de les variables associades amb puntuacions de qualitat de vida en el seus resultats globals.....	114
Taula 25. Dicotomització de les variables (Annexos).....	185

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1. Explicació de la teoria mixta del procediment d'envellir.....	10
Figura 2. Identificació dels determinants socials de salut.....	28
Figura 3. Evolució del concepte de determinants.....	30
Figura 4. Quins són els determinants socials de salut?.....	40

LLISTA DE SIGLES I D'ABREVIATURES

ABS: Àrea Bàsica de Salut

ABVD: Activitats Bàsiques de la Vida Diària

ASIS: Anàlisi de la Situació de Salut

AVD: Activitats Vida Diària

BE: Benestar Emocional

CES-D Scale: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CIAR: Canadien Institute for Advanced Research

CSF: Component Sumari Físic

CSM: Component Sumari Mental

DDS: Diagnòstic de la situació de Salut

D: Dolor

DSS: Determinants Socials de Salut

EQ VAS: Standard Vertical Analogue Scale. (Escala Visual Analògica usada en l'EuroQoL – 5D, similar a la informació que ens dóna un termòmetre)

EQ SDQ: Socio – Demographic Questions. (Preguntes Sociodemogràfiques usades dins de l'EuroQoL – 5D)

EuroQoL – 5D o EQ-5D: Instrument de mesura de la salut mitjançant 5 dimensions (5D) que sortí de la creació d'un grup de recerca anomenat EuroQoL

FF: Funció Física

FS: Funció Social

IMC: Índex de Massa Corporal, es calcula tenint en compte el pes i l'altura de la persona. Aplicant la següent formula: pes de la persona (kg) / (altura de la persona)² en m.

INHEM: Institut Nacional d'Higiene, Epidemiologia i Microbiologia de Cuba

LRE: Limitació Rol Emocional

LSF: Limitació Salut Física

MOS: Medical Outcomes Study. (Resultats d'Estudis Mèdics)

MOS SF – 36: Resultats d'Estudis Mèdics emprant l'escala SF – 36

NPH: Nottingham Health Profile. (Perfil de Salut de Nottingham)

OARS – MFAQ: Sigles de Older American Resources and Services – Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. (Qüestionari americà per analitzar la qualitat de vida relacionada amb la salut dels ancians)

OMS: Organització Mundial de la Salut

OPCS: Oficina de Població Censada i Enquestes del Regne Unit

OPS: Organització Panamericana de Salut

PSM: Procés Salut Malaltia

QV: Qualitat de Vida

QVRS: Qualitat de Vida Relacionada amb Salut

SG: Salut General

SF – 36: Qüestionari per a valorar la salut, versió curta que consta de 36 ítems

V: Vitalitat

Viñetas COOP – WONCA: Instrument de mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut que conté una sèrie de 9 cartes (en anglès abreviades per W) per a la autovaloració de salut del malalt

INTRODUCCIÓ

1. INTRODUCCIÓ

L'envelliment és un fet sociodemogràfic que està assolint xifres molt elevades i es calcula que en un futur encara creixerà més: El descens de la natalitat, l'allargament dels anys viscuts i la disminució de la mortalitat són les principals causes que el provoquen. La població vella és la que crea més despeses farmacològiques i de serveis sanitaris. Per això, els governs s'estan plantejant polítiques de dignitat i manteniment de l'autonomia (1). Entre d'altres, es pretén focalitzar les ajudes socials i els serveis sanitaris cap a la **qualitat de vida** i el benestar de la població envellida que impliquen desmitificar la vellesa i aconseguir que les famílies i les comunitats lluitin perquè les persones puguin gaudir d'una vida llarga i sana (2). Malgrat tot, en un moment de crisi econòmica com l'actual parlar en termes de qualitat de vida i aplicar les mesures d'austeritat és complicat.

Les agències públiques proporcionen informació útil sobre aspectes bàsics de l'estat de salut i ajuda a identificar disparitats, a avaluar el progrés en la consecució d'objectius i a proporcionar informació a les polítiques de salut. Tot això es duu a terme amb l'objectiu de millorar no solament la salut de la població, sinó també la seva percepció de qualitat de vida (3). Els investigadors a més argumenten tres motius més per a l'estudi de la qualitat de vida:

1) Per assolir les demandes de rehabilitació: Les persones que són capaces d'ajustar les seves expectatives personals, poden adaptar-se millor a situacions de pèrdues.

2) Per avaluar les possibilitats de nous tractaments: Cost / benefici de les intervencions i com ho viuen les persones.

3) Per predir la resposta a futurs tractaments: Expectatives de les persones pel que fa a la situació actual i el què s'espera a llarg termini (4). A més aquests tipus d'estudis estan en auge en la disciplina infermera (5).

La vellesa ha estat considerada com una de les principals preocupacions al llarg de la història. En l'actualitat, constitueix un moment vital al qual arriba la gran majoria de la població (7,8). En les societats primitives, la vellesa era un estat o situació amb caràcter

d'exceptualitat, al tractar-se d'un fet molt escàs (8). Per això, la comunitat adoptava una actitud que es movia entre l'eliminació a l'abandonament, i, el respecte o la consideració cap als ancians. La posició que els vells ocupaven en aquests poblats, variava molt depenent dels recursos i grau de complexitat dels mateixos. En les comunitats més pobres, es tendia a l'abandó. Mentre que les més desenvolupades es decantaven cap al respecte (9,10). També, hi havia qui revestia de poder de màgia i divinitat a la figura del vell, ja que era una persona d'edat tan estranya que no podia ser considerada com a normal. De fet, la longevitat era un signe de protecció divina, i, d'aquesta manera passaven a ser els amos de les tribus (10).

En les societats desenvolupades arribar a una edat avançada no és un fenomen aïllat sinó que forma part d'un procés de desenvolupament sanitari, social i econòmic. En termes generals, el concepte d'envelliment fa referència a totes aquelles persones amb una edat igual o superior als 65 anys: Moment en què es marca el final de la vida activa i l'inici de la jubilació. Si ve és cert que cada vegada hi ha més quantitat de gent gran, també ho és, la reducció de la natalitat. Les persones de més de 84 anys, els anomenats molt vells, són cada vegada més nombrosos (6,11).

Entès des del punt de vista de la sanitat pública l'allargament de la vida ha estat un dels majors èxits de l'últim segle. A l'Estat Espanyol i també a Catalunya, l'esperança en néixer s'ha pràcticament doblat. És a dir, la mitjana d'edat del segle XX era de 40 anys, mentre que l'actual se situa als 80 (12). Segons dades de l'any 2000 de les Nacions Unides, Espanya ocupava el sisè lloc entre els països amb més proporció de persones majors de 60 anys. A més, es calcula que l'any 2025 serà al cinquè lloc amb un 31,4% de població envellida. També, s'estima que la població de més de 80 es doblarà en els pròxims 20 anys. Pel que fa a Catalunya l'any 2004 l'esperança de vida dels homes se situava en 77,4 anys i la de les dones en 84. Una altra realitat és que la quantitat de dones velles supera àmpliament el nombre d'homes. La població futura de Catalunya ha estat estimada per l'Institut d'Estadística Català des de l'any 1995 fins al 2030. Els resultats conclouen que l'esperança de vida rondarà entorn als 80 anys, (nombre que ja tenim actualment), que el número de fills serà inferior a dos i el saldo migratori positiu (13).

Lleida ciutat segons la base de dades de l'ajuntament de l'any 2012 té un total de 132.421 habitants. Si s'apliquen els filtres corresponents per tenir les dades tan sols del nucli urbà

s'obté que hi ha 19.345 persones de més de 65 anys. Per tant el percentatge de vells se situa al voltant del 15%, dels quals només un 6% són homes i un 9% dones (14).

Segons dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (15) aquesta situació és similar a la resta d'Europa. A Turin (Itàlia) la piràmide de població mostra una tendència a augmentar el nombre de gent vella i a disminuir la natalitat. L'estimació de l'envelliment pel futur es calcula en un 33,81% de dones i un 20,01% d'homes. A les ciutats com Udine on no hi ha presència d'immigració es calcula que seguirà disminuint el nombre de naixements i es continuarà ampliant el número de gent gran.

En un altre article de la OMS (16) es diu que: *“Com que l'expectativa de vida s'incrementa, està creixent en gran mesura la població vella. Això, ha estat anomenat fa poc com l'era de la bomba demogràfica. Aquest terme, vol suggerir que l'envelliment de la societat buscarà un emplaçament pel que fa a les demandes de salut i els serveis socials, així com també, implicarà la destinació de més recursos econòmics”*. En recerques com aquesta s'intenta lluitar perquè no hi hagi una discriminació cap als ancians i perquè es consideri el seu benestar i la seva qualitat de vida.

Com a sector de la població, els ancians tenen unes característiques pròpies: Es tracta d'un grup molt heterogeni i amb unes necessitats diferents els uns dels altres. Així doncs, és cert que l'augment del nombre de persones incrementarà les despeses en recursos socials, mèdics... I també es coneix que són els vells els que pateixen més processos crònics; un 90% del total en xifres aproximades (12). Per totes aquestes dades i evidències els governs van començar a plantejar – se ja fa temps polítiques amb termes de qualitat de vida i de valoracions integrals. Un altre aspecte fonamental és que la major part de la població gran viu al domicili. I, és en aquest propi context que trobem la major heterogeneïtat.

Per tot aquest seguit de característiques, ja fa temps que la OMS recomana desenvolupar uns serveis socials assequibles, d'accessibilitat fàcil, amb una gran qualitat assistencial i que emfatitzin amb els ancians a fi de cobrir demandes i drets d'aquest sector de la població. Per tal que això sigui possible aconsella d'analitzar demandes i mancances de cada indret, així com també, comenta la importància d'oferir a tothom allò que necessita en cada moment. També, recomana estudiar les xarxes informals dels ancians, el seu estatus econòmic i la seva posició social. S'ha demostrat que les persones que gaudeixen d'un

millor nivell d'educació, envelleixen de forma més saludable i els és més fàcil de mantenir els seus nivells d'ingressos. Des d'aquesta organització també es subratlla la importància d'aprofitar les habilitats i l'experiència de la gent gran per a millorar la societat en general. Per aconseguir tot això, és molt important la recerca (15,16).

Qualsevol persona o col·lectiu humà s'ha preocupat en algun moment de la seva vida pel seu estat de salut, si ve és cert que aquesta preocupació ha tingut connotacions diferents segons la societat i la cultura del moment. Per tots és sabut que el concepte de salut ha anat evolucionant amb el pas del temps. Unit a l'evolució de la definició de salut, en tots els països s'ha desenvolupat una recerca de les causes o factors que afavoreixen els resultats de salut. A partir de la segona meitat del segle XX es planteja l'estudi dels **determinants de salut** com un conjunt de factors o característiques que influeixen en la salut individual i que interaccionen amb diferents nivells de l'organització del sistema sanitari i que determinen l'estat de salut de la població. En aquest nou marc de concepte de salut com a fenomen integral i de l'estudi dels seus determinants els governs i els organismes encarregats de millorar la salut de la població han buscat instruments i pautes que els permetessin adoptar millors decisions sobre els programes i serveis sanitaris que havien de prioritzar (17).

En l'actualitat, un dels principals problemes que tenen els governs és confondre salut amb serveis de salut. Els determinants de salut resten en la seva majoria fora de l'àmbit de prestació de salut. Per tant, s'hauria de treballar amb accions de prevenció i eliminació de la malaltia abans de l'aparició d'aquesta, ja que les patologies solen ser el resultat de mals hàbits i conductes. En síntesis, el problema principal consisteix en explicar l'economia de la salut, no tant sols l'economia dels serveis de salut, ja que el benestar dels individus depèn més dels comportaments que no pas del tractament assignat quan la persona emmalalteix. En conseqüència centrar - se en l'oferta i la demanda és seguir un enfocament quan menys erroni (18). Per tal que la gestió en la salut sigui eficient és necessari un canvi de prisma que hauria de passar per: tenir en compte el benestar, la vida i la salut i no tant els riscos. La clau és tractar la salut col·lectiva des dels determinants socials i treballar per la consecució d'objectius a través de la salut col·lectiva de les poblacions (19,20).

MARC TEÒRIC

2. MARC TEÒRIC

2.1 L'envelliment

El New World Dictionary (21) va establir que l'envelliment era *“la causa de la maduresa o el fet d'arribar a ser madur per un període de temps i sota unes condicions determinades”*. Més endavant, Hayflick (22) va dir que no era res més que el fet d'acceptar que *“un organisme tingui un període de temps finit”*. Birren i Zarit (23) van començar a referir-se al terme des d'una vessant biològica com: *“Un procés de canvis en l'organisme que, amb el temps, disminueixen la probabilitat de supervivència i redueixen la capacitat fisiològica d'autoregulació, de reparació i adaptació a les demandes ambientals”*. Busse (24) comença a dividir-lo en primari i secundari. S'entén el primari com els processos biològics hereditaris que depenen del temps, i, el secundari com el fruit de la degeneració de les funcions a causa de les patologies cròniques.

Des d'un punt de vista semàntic s'entén l'envelliment com: *“Un concepte relatiu, per no dir inequívoc que apareix tant com un sinònim d'ancianitat, (allò que ha viscut o durat molt) com de senilitat (allò que s'ha usat o desgastat al llarg del temps). En qualsevol d'aquests sentits, la vellesa fa referència al temps. El problema està a l'hora de determinar si amb el transcurs d'un període determinat, ja es pot parlar de vellesa, o si pel contrari, la durada marcarà una pèrdua de vitalitat, de salut, de facultats etc.”*(11)

De fet, l'envelliment és un procés intrínsec, progressiu i universal condicionat per factors racials, hereditaris, ambientals, higiènic – dietètics i sanitaris. És multifactorial, multiforme i asincrònic, no segueix una llei única que l'expliqui, i la seva característica fonamental és el deteriorament del rendiment que es tradueix en lentitud i inclús en impossibilitat d'adaptar-se a situacions de restricció o sobrecàrrega ja siguin: biològiques, físiques, psicològiques, ambientals o socials. Segons aquesta definició, la vellesa és la conseqüència de dos factors associats: la pèrdua de funcionalitat i la disminució d'adaptació a l'estrès. L'envelliment és part de la seqüència del desenvolupament del cicle vital. La vellesa constitueix l'acceptació de la vida única i exclusiva d'un mateix, i, de les persones que han arribat a ser importants en aquest procés (25). La personalitat es manté estable durant l'ancianitat existint una tendència a la introversió. Això, sobretot es deu a la influència de l'entorn, el deteriorament físic i el grau de dependència que la persona experimenti (26).

Des de la perspectiva social del terme i segons Rodríguez (27) la vellesa és el conjunt de normes, creences i conductes dels altres grups cap als ancians com a categoria social, i, dels ancians sobre si mateixos com a grup i com a individus. Cada edat té les seves obligacions i deures. Com deia Marañón (28): *Obeir en la infància, revelar-se a la joventut, austeritat en l'edat adulta i adaptació a la vellesa*. Els ancians experimenten cada vegada amb més freqüència i a mesura que el temps passa dols de les persones estimades i properes: Cònjuge, germans, amics etc. és un moment en la vida en que la incertesa del final apareix cada cop més propera (29).

L'envelliment és part de la seqüència del desenvolupament del cicle vital. La forma en què una persona resolgui els problemes en l'edat adulta determinarà com viurà la seva ancianitat. La vellesa constitueix l'acceptació de la vida única i exclusiva d'un mateix, i, de les persones que han arribat a ser importants en aquest procés (12, 30).

Hi ha moltes teories que pretenen explicar el procés d'envellir, però, d'entre les més conegudes hi ha: L'exògena o ambiental, la genètica i la mixta (31) (Veure figura 1).

- **Teoria exògena o ambiental:** Els factors presents en l'ambient, en la dieta o derivats del propi metabolisme poden exercir sobre l'organisme accions lesives puntuals i acumulatives que no són corregides adequadament per les reparacions generades pel propi cos, i, que donat la seva gran productivitat i funcionalitat, o, per la falta de control regulador produeixen danys. Es diu que, la influència exògena més bàsica dels éssers vius està relacionada amb l'obtenció de nutrients i oxigen i les reaccions d'oxidació necessàries per mantenir la funció cel·lular i l'equilibri de l'organisme.
- **Teoria genètica:** El procés d'ancianitat es deu a l'existència d'un genotip concret que determina l'aparició de canvis fenotípics associats a l'edat, o, dit en altres paraules: la velocitat de l'envelliment està condicionada per la informació genètica de la pròpia persona.
- **Teoria mixta:** Una lesió exògena puntual o repetida, pot conjuntament amb el temps, modificar l'expressió dels gens relacionats amb la vellesa. És a dir, cada

organisme té una certa predisposició genètica a l'hora d'envellir, que pot ser influenciada per l'acció de factors exògens o del propi metabolisme.

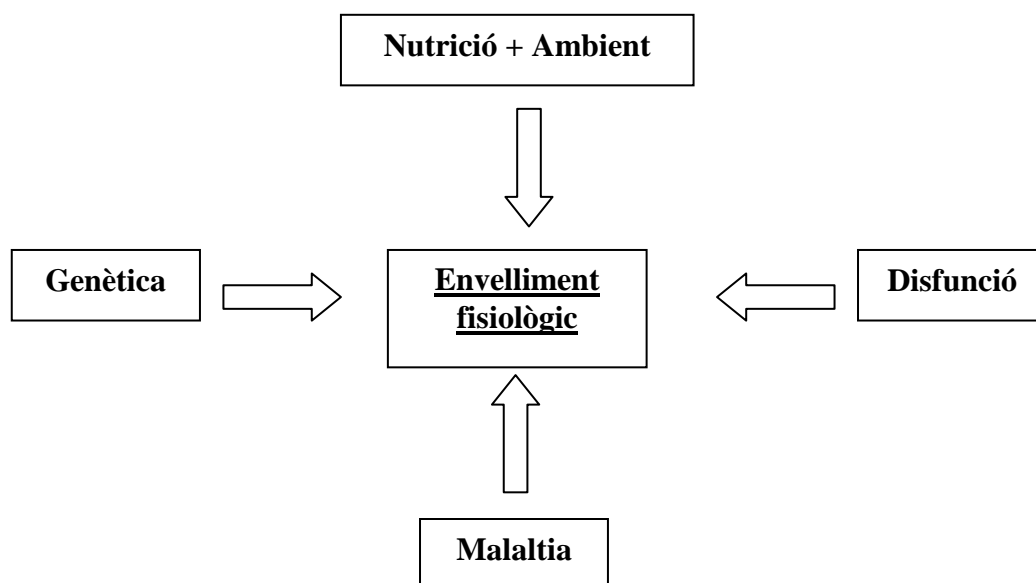


Fig 1. Explicació de la teoria mixta del procediment d'envellir (25, 31).

També, hi ha un altre pensament que no coincideix amb cap d'aquestes teories i que ha estat acceptat i criticat a parts iguals durant molt de temps. Hayflick i col·l. (32) van observar que els fibroblasts humans normals tenien una capacitat limitada de replicació quan es cultivaven "*in vitro*". Es va interpretar que era degut a l'envelliment cel·lular. Així doncs, la vellesa és entesa com la suma de l'envelliment de totes les cèl·lules de manera individual. Aquesta hipòtesi té algunes reafirmacions experimentals, malgrat no contar amb massa consistència teòrica. De tota manera, en l'ésser humà la disfunció de molts òrgans està íntimament relacionada amb la reducció del número de cèl·lules. Però, hi ha qui opina que els mamífers han de ser entesos com un conjunt de cèl·lules i no pas com un total de tipus cel·lulars.

L'envelliment és un procés fisiològic diferenciat de la malaltia. Això, permet avançar cap un model menys complex que permet un abordatge més pràctic i útil en l'atenció dels que envelleixen tractant de discernir si els canvis observats en el transcurs de la vida tenen a veure o no amb mecanismes patològics, sobre els quals es poden exercir accions preventives o correctives, així com la legitimitat i optimització de la promoció de la salut

en la tercera edat. En aquest context hi ha un seguit de teories bàsiques de l'envelliment que el diferencien en les següents parts: (33, 34)

- **Normal, primari o envelliment usual:** L'individu és capaç de dur a terme una vida activa en la comunitat, sense patologia diagnosticada, però, tenint les dolences comuns a la edat. Aquests problemes no influeixen en la funcionalitat, la persona ha estat capaç d'adaptar –se correctament.
- **Amb èxit o òptim:** Avarca l'absència de la malaltia, el manteniment d'un alt nivell funcional i la participació del subjecte en activitats socials i productives.
- **Patològic o envelliment secundari:** Hi ha la presència de malalties i un deteriorament marcat de l'estat general de la salut de la persona que acompanya a l'envelliment intrínsec de la mateixa.
- **Terciari:** Deteriorament accelerat fins el final de la vida. Agrupa aquell període de mesos fins el moment de la mort.

La diferenciació que es pugi realitzar entre envelliment primari i secundari és clau per a desterrar prejudicis que influeixen negativament en el concepte de vellesa (35).

En les societats desenvolupades arribar a una edat avançada no és un fenomen aïllat sinó que forma part d'un procés de desenvolupament sanitari, social i econòmic. En termes generals, el concepte d'envelliment fa referència a totes aquelles persones amb una edat igual o superior als 65 anys: Moment en què fins ara es marcava el final de la vida activa i l'inici de la jubilació. Si ve és cert que cada vegada hi ha més quantitat de gent gran, també ho és, la reducció de la natalitat. Les persones de més de 84 anys, els anomenats molt vells, són cada vegada més nombrosos (11).

L'envelliment de la societat fa referència no només al fenomen demogràfic de caràcter social que afecta a Europa i a altres societats econòmicament desenvolupades. S'utilitza també per senyalar les modificacions significatives que s'estan produint en les nostres societats com a resultat dels canvis en la praxis social, que està condicionant la mida i l'estructura de les famílies, la creixent participació de la dona en el mercat de treball, l'aparició de nous valors socials etc. Gran part de les persones ancianes s'adapten satisfactòriament als canvis que comporta l'envelliment i gaudeixen d'un bon estat de salut que els permet afrontar, de manera independent, les activitats de la vida quotidiana (15).

A pesar de les dificultats que comporta cuidar una persona gran, s'observa que la família sent en general la necessitat de cuidar als vells. Per tant, segueix predominant la idea que les persones grans han de ser cuidades i ateses en i per la comunitat. Per tant, el nombre d'ancians que viuen en la comunitat és molt més ampli que els que resten institucionalitzats (36).

2.2 La Salut

La OMS (37) va aprovar l'any 1946 la definició sobre la categoria salut entesa: *“com l'estat de complet benestar físic, mental i social i no tan sols l'absència d'afeccions o malalties”*. Aquesta definició va tenir una gran transcendència, ja que va proclamar el caràcter humà de la salut i va superar les estretes concepcions biològiques imperants sobre la salut fins al moment, i, a més va modificar l'antiga idea que considerava la salut com l'absència de la malaltia, tenint en compte que no és possible que les persones, o la comunitat, estigui sense algun tipus d'afecció de forma permanent, això només existeix en casos molt especials. No obstant, aquesta definició va ser objecte d'algunes crítiques, sobretot, per considerar – la estàtica i que no representava la interrelació permanent home – societat – naturalesa.

Per la seva banda, O' Donell (38) agrega un cognom a la definició de la OMS i defineix la salut com: *“Un estat d'equilibri entre la salut física, emocional, social, espiritual i intel·lectual”*. Frankish i col·l. (39) sustenten que aquestes dos definicions han estat criticades per utòpiques i no factibles, ja que desdibuixen les distincions entre salut i desenvolupament social, donat que identifica pràcticament a totes les activitats humanes com a relacionades amb la salut i converteix a tots els valors humans i socials en sinònims de salut, a més no estableix cap límit en el què abasta la salut. Rootman i col·l. (40) formularen l'any 1994 un concepte de salut en el que aquesta: *“tenia relació amb la qualitat de vida física, mental i social de les persones, tal com la determinen en particular les dimensions psicològiques, socials, culturals i de l'àmbit de les polítiques”*. I, conclouen que *“aquesta salut ha de millorar – se a través d' estils de vida sensibles i que donin un ús equitatiu dels recursos públics i privats, que permeti a les persones usar la seva pròpia iniciativa de forma individual i col·lectiva per mantenir i millorar el seu propi benestar, al marge de com es defineixi.”*

Arribat a aquest punt de la definició de salut és quan apareix la necessitat d'abordar la salut de les poblacions per tal d'identificar i vulnerar aquells factors individuals i col·lectius que afectin als nivells de salut. Les estratègies es basen en l'avaluació de condicions de risc i benefici que es poden aplicar a la població en general o a petits subgrups. Aquesta nova manera d'entendre la salut accepta cinc premisses fonamentals:

- La salut està determinada per les interaccions complexes entre les característiques individuals, els factors socials i econòmics i els entorns físics.
- La salut d'una població està estretament relacionada amb la distribució de la riquesa.
- Les estratègies per millorar la salut han d'abordar l'ampli conjunt de factors que la determinen.
- És possible aconseguir canvis importants de salut concentrant les intervencions en tota la població en lloc de centrar – se tan sols en els individus.
- Millorar la salut és una responsabilitat compartida que requereix el desenvolupament de polítiques públiques saludables (41).

Per San Martín i col·l. (42) el concepte de salut no pot sorgir d'abstraccions o subjectivitats, sense relació amb les necessitats humanes, sinó que ha de ser un procés: el Procés Salut Malaltia (PSM), determinant per múltiples causes. Resnik (43) explica que el PSM, tant individual com col·lectiu, és part del tot social que s'origina en les estructures i funcionament de les formacions socials com a producte de la inserció dels individus i la població en la reproducció social. És a dir, en la producció, distribució i consum dels béns materials i espirituals de l'home. Sota les concepcions exposades anteriorment es proposa una definició operacional del PSM: Salut i malaltia és un procés en la vida dels humans, relacionat amb el seu benestar físic, mental i social, que és individual, particular o col·lectiu global, dinàmic, variable i conseqüència de múltiples factors que, segons els seus efectes, poden ser positius o negatius. Al llarg del temps s'ha vist la necessitat de crear un diagnòstic de la situació de salut (DDS) i un anàlisi de la situació de salut (ASIS).

Així doncs, aquest terme ha estat entès com el conjunt de problemes descrits i explicats des de la perspectiva d'un actor social, que inclou l'estudi de l'estat de salut de la població i de les condicions de vida que agrupa els factors causals del procés de salut i malaltia això

permet controlar – los o eliminar – los, donar solucions als problemes identificats. El model conceptual acceptat avui dia ha estat proposat per diferents autors amb algunes diferències. Entre els models més coneguts hi ha el de Blum i Lalonde (1974) (44) i el de Dever (1980) (45) similar als anteriors, que el va denominar model epidemiològic d'anàlisi de polítiques de salut.

Les concepcions de salut varien segons la visió de les diferents disciplines que tenen a veure amb ella, de manera general n'hi trobem tres de bàsiques: les mèdiques, les socials i les culturals (46).

Concepcions mèdiques: Sorgeixen des del punt de vista de la medicina com a activitat professional, però, hi ha diferències segons es posi l'èmfasi en la salut somàtic – fisiològica, en la psíquica o en la sanitària. La somàtic – fisiològica parteix de la malaltia en l'organisme físic. La salut és en aquesta concepció, el benestar del cos i de l'organisme físic, i la malaltia és el procés que altera aquest benestar. Esquemàticament pot anunciar – se dient que si l'organisme físic no posseeix alteracions visibles, existeix salut i només quan hi ha alteració de l'organisme existirà la malaltia. La concepció psíquica de la salut implica el reconeixement de la estreta interrelació entre cos i psique. Finalment, la sanitària col·loca l'èmfasi en la salut col·lectiva enlloc de la individual (46).

Concepcions socials: Des de la perspectiva de les ciències socials, la salut també respon als diferents enfocaments disciplinaris, segons s'entengui des del punt de vista del dret, de l'economia o de la sociologia entre altres. La concepció polític – legal de la salut la considera com un bé general que interessa a tothom. Quan aquest bé existeix per ordenament jurídic s'estableix com a dret pels ciutadans. Des de la vessant econòmica s'imposa al món desenvolupat degut a la importància que la salut posseeix per l'eficàcia del factor humà en els processos productius, als que hi aporta elements de cost (46).

Concepció cultural: La salut s'entén com l'aptitud pel desenvolupament de rols socials i es defineix tan variablement com rols socials hi ha en la societat. Aquesta visió s'ha d'adaptar a la realitat dels països en què s'estigui estudiant, ja que les necessitats que la persona ha de cobrir són diferents depenent del lloc on s'estigui (46).

En el desè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat el 1976 (47), van definir la salut com: “*Una manera de viure autònoma, solidària i joiosa*”. També és entesa des d’una vessant dinàmica com: “*l’èxit del més alt benestar físic, mental, social i de capacitat de funcionament, que permeten els factors socials en què viuen immersos l’individu i la col·lectivitat*”. L’ OMS (48) reconeix que gaudir de salut és un dels principals drets humans sense distinció de raça, religió, preferències polítiques o condicions econòmiques i socials. La salut està influenciada per les condicions on viuen les persones. Els factors econòmics i socials com: la pobresa, l’exclusió social, l’atur, les males condicions de les vivendes n’alteren els resultats globals. Els punts de màxim interès per l’ OMS actualment són: Lluitar per la preservació de la salut en temps de crisis, assegurar-ne un abast internacional, prevenir malalties cròniques, evitar la mort infantil, millorar la salut maternal, assegurar l’entorn i la sostenibilitat del món.

S’entén la salut pública com: “*La ciència i l’art d’organitzar i dirigir els esforços col·lectius destinats a protegir, promoure i restaurar la salut dels habitants d’una comunitat*”(49). Una comunitat té unes característiques geogràfiques determinades, una història de la formació dels nuclis de la població, unes dades mediambientals i una determinada informació demogràfica, social i econòmica (2).

2.3 La qualitat de vida relacionada amb salut

La OMS l’any 1947 ja va concloure que “*la salut no només era l’ absència de la malaltia, sinó també el benestar físic, mental i social*”. La salut implica que totes les necessitats de les persones estiguin cobertes ja siguin afectives, sanitàries, nutricionals, socials o culturals (50).

La OMS també defineix la qualitat de vida com: “*la percepció que un individu té de la seva posició en la vida, del context cultural i del sistema de valors amb els que viu i en relació a les seves metes, objectius, les seves expectatives, normes i inquietuds*”(51). Aquest és un concepte subjectiu, universal, holístic dinàmic i en el que es relacionen tots els aspectes de la vida (52).

Per molts autors la definició de la qualitat de vida inclou les dimensions física, psicològica i social de la persona (53). El constructe també inclou *la percepció que el propi individu té*

d'ell mateix. I, és que la qualitat de vida no és realment el reflex de les condicions dels escenaris físics, interpersonals i socials sinó com aquests escenaris són avaluats i jutjats per l'individu (54).

El terme qualitat de vida relacionat amb salut (QVRS) fa referència a *l'avaluació subjectiva de les influències de l'estat de salut actual, les atencions sanitàries i la promoció de la salut, sobre la capacitat de l'individu per aconseguir i mantenir un nivell global de funcionament que permet continuar aquelles activitats que són importants per l'individu i que tenen un impacte sobre el seu estat general de benestar. Les dimensions que són importants per la mesura de la QVRS són: el funcionament social, físic i cognitiu, la mobilitat l'autocura personal i el benestar emocional (55).*

La qualitat de vida sovint és emprada com una etiqueta que descriu variables físiques i psicològiques. Per això, s'usa com un paraigües que conté múltiples conceptes com: funcionalitat, estat de salut percebut, condicions de vida, comportament, felicitat, estils de vida, símptomes etc. L'absència d'una definició uniforme la converteixen en un terme ambigu (56).

Malgrat tot, i acceptant que la majoria d'investigacions que es troben en la recerca continuen aplicant el terme qualitat de vida o qualitat de vida relacionada amb la salut enlloc d'autopercepció de salut, en aquesta tesi s'usa indistintament una terminologia o altra. El motiu principal és, però, facilitar la lectura de la mateixa i evitar la pèrdua de bibliografia recent i adequada pel tema de la investigació.

Estudis sobre QVRS han demostrat que està relacionada amb múltiples determinants de salut englobats dins de les variables sociodemogràfiques com: l'edat, el sexe, la classe social o el nivell d'estudis. Per exemple, en pràcticament totes les recerques els homes manifesten millor qualitat de vida que no pas les dones. Sovint la salut autovalorada empitjora amb l'edat. La classe social mostra una relació directa amb la valoració de la qualitat de vida: els més desfavorits obtenen pitjors puntuacions en quasi totes les dimensions. Pel que fa al nivell d'estudis com més baix és pitjors puntuacions la QVRS. A Catalunya no es troben diferències molt significatives entre un territori o altre (58).

Segons Meléndez i col·l. (57) els millors valors en la QVRS sempre eren per les persones de gènere masculí a excepció de les dimensions de funció física i salut general. De la mateixa manera, a més edat, pitjors puntuacions en el qüestionari, afectant més aquesta situació a les dimensions de funció física i rol emocional. També, van publicar que a millor nivell socioeconòmic i menys ús dels serveis sanitaris, millors puntuacions en les dimensions de la qualitat de vida. Així doncs, el 63,7% dels varons creia que la seva salut era estable respecte del 44,3% de les dones. Les millors puntuacions en el qüestionari es donaven a les dimensions funció social (81,1) i rol emocional (79,8) i les pitjors en salut general (51,9) i vitalitat (58, 5).

Tenint en compte altres estudis, si es compara la població catalana amb l'americana l'autòctona obté millors puntuacions en bona part de les dimensions, però, de forma més marcada en la vitalitat i la salut mental. En canvi, en la salut general obté pitjors puntuacions. Les diferències destacades en l'edat mostra que a més edat menys puntuació en totes les dimensions del coeficient físic (58,59). Si es comparen les mateixes dades amb l'escala Kidscreen – 10 (60) usada a nivell europeu la població catalana també obté millors puntuacions en la qualitat de vida global.

Altres autors han trobat que l'edat, quan es conserven els coeficients físics i mentals dels participants, és un fet positiu en la percepció de la qualitat de vida. Però, sempre i quan també es conservin les activitats comunitàries i les relacions socials. Inclús s'ha demostrat que la percepció de la qualitat de vida es pot mantenir fins i tot quan empitjora la salut física sempre i quan la persona sigui capaç de gaudir de les dimensions intel·lectuals i espirituals de la vida (61). Així doncs, aquells participants que tot i ser longeus mantenen les seves dimensions físiques i mentals gaudeixen d'una bona qualitat de vida (61, 62).

També s'ha demostrat que a pesar de la pluripatologia i els problemes de funcionalitat aquells ancians que accepten els canvis reajustant les seves expectatives perceben alts nivells de benestar, ja que són capaços de plantejar - se noves metes (52, 63).

La QVRS també es pot estimar a partir de la percepció que tenen les persones envellides de la seva salut física i psíquica, des de criteris mèdics que inclouen estils de vida, afrontament de la personalitat, acceptació del mode de vida, i el compliment de les normes socials entre altres determinants (64).

2.3.1 Component sumari física i component sumari mental

En altres estudis que usen els components sumari físic (CSF) i mental (CSM) per avaluar la QVRS s'ha trobat que l'increment de les puntuacions obtingudes en la percepció de la qualitat de vida s'associa a una major longevitat, sempre i quan els ancians tinguin nivells acceptables de CSF i CSM. També han de mantenir la participació a activitats socials i gaudir d'unes relacions socials freqüents i estables. Així encara que la salut física empitjori, la qualitat de vida segueix amb puntuacions altes si es conserven les dimensions del component sumari mental (61,62).

L'existència d'una bona salut psíquica abans d'envellir determina millors puntuacions globals en la qualitat de vida (65). L'esfera psíquica és el determinant que més influeix en els resultats globals de la qualitat de vida (QV) sobretot pel que fa als ancians (66). Les dones obtenen pitjors puntuacions en la salut física i psíquica (67).

Pel que fa al component sumari físic s'han trobat puntuacions més altes pels homes que per les dones, en els grups de participació d'edat més jove (valor descendent amb l'edat) i en les persones sense malalties cròniques. Pel que fa als dos components s'ha vist que els homes obtenen millors puntuacions en els dos sumaris, en els grups més joves, amb major nivell d'estudis i amb els participants sense patologies prèvies (68).

Comparant aquests últims resultats amb la població americana es va trobar que els resultats globals de qualitat de vida relacionada amb salut de Múrcia eren inferiors que a l'estudi americà. El CSM dels espanyols era superior que el dels americans. En canvi el CSF era inferior (68, 69).

La presència d'avis fràgils a la comunitat obliga a la creació d'eines geriàtriques realistes en les que és necessari disposar d'instruments que aportin informació diagnòstica i el pronòstic sobre aspectes com: capacitats funcionals, la cognició, els síndromes geriàtrics, el benestar, la situació social... Diferents estudis han demostrat que la utilització de programes de valoració i intervenció geriàtriques integrals i formals en ancians debilitats ajuden a què es preservin la funcionalitat i es racionalitzi la utilització de recursos sanitaris (70).

Entre d'altres escales hi ha: Índex de qualitat de vida de Spitzer, el perfil de salut de Nottingham, Vinyetas Coop, L' SF – 36, l'escala de Philadelphia, l' EuroQoL – 5D, el Karnofsky i l'índex OARS – MFAQ.

2.4 Escales de mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut

2.4.1 Índex de qualitat de vida de Spitzer

És un qüestionari d'índole de valoració global. Va ser validat per primera vegada l'any 1981, per un total de 150 metges i usat en més de 879 pacients. Estudia 5 dimensions: activitat, vida diària, salut, suport social i autoestima. Ideat per a valorar pacients crònics o amb càncer i per l'avaluació posterior al tractament. No és útil per persones sanes. És un gran predictor de la mortalitat. Té molt poca sensibilitat per a detectar canvis (2).

El temps que es triga en implementar-lo és d'un minut. L'instrument no és prou acurat per discriminar quin tipus de tractament necessitaran en un futur els pacients en situació de malaltia terminal ni per quant temps. Sí que detecta si incrementa o disminueix la qualitat de vida mesurada abans i després de l'aplicació d'un tractament determinat. Pot ser omplert pel propi malalt, però, es recomana la supervisió i el seguiment d'un professional per avaluar-lo. La resposta via telefònica és possible. Es pot lliurar la part de respostes del qüestionari al pacient, però, es recomana que la primera pàgina on figuren possibles preguntes posteriors, se – la quedi l'entrevistador i haurà de ser afegida un cop resolta l'enquesta. Aquells qüestionaris que no estiguin degudament implementats es retornaran a la institució. Cada ítem obté un interval que va del 0 al 2, amb unes puntuacions que oscil·len entre el 0 i el 10. La xifra més baixa, indica millor estat de salut (71,72).

2.4.2 Perfil de salut de Nottingham

És un qüestionari que va ser creat l'any 1970 al Regne Unit. Valora la QV auto percebuda. És autocomplementat, breu i de fàcil aplicació. Es considera un instrument superficial perquè no inclou aspectes com l'estat mental. Està validada la puntuació global però no per àrees. Està traduïda en diversos idiomes: holandès, francès i anglès (americà) (2).

Va ser dissenyada per aplicar-la en estudis epidemiològics de la salut i la malaltia. Consta de dues parts. La primera conté 38 preguntes de resposta dicotòmica tipus sí / no que engloben 6 dimensions. Aquestes són: dolor, mobilitat física, reaccions emocionals, energia, aïllament social i el son. La segona part conté 7 qüestions generals de resposta afirmativa o negativa a problemes de la vida diària. Els dos apartats poden ser utilitzats amb independència. La part I es quantifica mitjançant l'ús ponderat dels valors que ofereixen una gamma de possibles resultats a partir del 0 (no hi ha cap problemàtica) fins al 100 (la presència de totes les dificultats possibles per aquella dimensió). Ha demostrat ser una escala fiable en pacients amb artrosi de l'articulació del maluc, aquells que pateixen lesions ventriculars greus, en la mesura de la percepció de salut en tractaments amb cirurgia radical per càncer colon rectal i en pacients amb isquèmia dels membres inferiors (73,74).

2.4.3 Vinyetas COOP / WONCA

Instrument genèric multidimensional, dissenyat per a la utilització en Atenció Primària l'any 1998. Consta de 9 cartes; 3 centrades en el funcionament social, físic i de les activitats bàsiques de la vida diària, dos en símptomes (dolor i sentiments) i 3 en les percepcions (canvis de salut, salut global i qualitat de vida). Així mateix, les làmines COOP – WONCA, constitueixen en 6 fulles on apareixen texts i gràfics relatius a diferents aspectes de la salut durant les dues darreres setmanes. La persona puntua de l'1 al 5. És un instrument de fàcil aplicació, validat al nostre país que pot ser entès per persones amb baix nivell cultural. Autoadministrat o per entrevistador. Dura 5 minuts (2).

El pacient selecciona una de les 5 possibles respostes que van acompanyades de dibuixos o senyals. Les respostes tenen una puntuació que va de l'1 al 5, a major puntuació pitjor resultat en termes de qualitat de vida. Les 9 cartes abans esmentades es titulen de la següent manera:

W1 = (Carta 1) Situació física.

W2 = Sentiments.

W3 = Activitats de la Vida Diària.

W4 = Activitats socials.

W5 = Canvis en l'estat de salut.

W6 = Estat de salut.

W7 = Dolor.

W8 = Suport social.

W9 = Qualitat de vida.

Totes les àrees obtenen una puntuació global, a part de la carta 5 que té una estructura bipolar i que es computa de manera diferencial (75,76).

2.4.4 Escala de Philadelphia

Anomenada Philadelphia Geriatric Center Moral Scale. Ideada per Powell – Lawton l'any 1975 i utilitzada posteriorment per Gonzalo Montalvo l'any 1995. Va ser dissenyada única i exclusivament per població geriàtrica, pretén valorar el grau subjectiu de satisfacció vital distingint tres factors: Actitud davant de l'envelliment, insatisfacció amb la soledat, ansietat i inquietud. Es necessiten entre 15 i 20 minuts per complimentar-la (77).

L'escala té un total de 17 ítems que pretenen:

- Valorar el grau d'ansietat dels vells.
- Estudiar els canvis de la pròpia percepció del lloc que s'ocupa i l'avaluació dels mateixos.
- Representar l'acceptació o no dels canvis socials que s'estan generant en l'envelliment. No estan incloses les expectatives personals per millorar els contactes interpersonals, però, sí que hi consten les relacions socials que mantenen els ancians.

Es recomana passar aquest qüestionari de manera verbal, degut a les dificultats que presenten els vells per a manipular llapis i paper. S'ha de vetllar pels possibles problemes que apareguin en la comunicació: Parlar a poc a poc i amb el to de veu adient, si una

pregunta no es comprèn s'ha de repetir. Mai es poden donar aclariments que puguin emmascarar la pròpia comprensió de la pregunta (77,78).

2.4.5 EuroQoL – 5D

Fou creat l'any 1987 arrel de la creació un grup de treball que pretenia desenvolupar una eina de específica i validada que tingués en compte l'estat global de salut i la qualitat de vida de les persones. Per a aconseguir-lo es va fer una xarxa de treball internacional, amb múltiples llengües, amb investigadors de disciplines molt diferents i que incloïen personal de centres de: Finlàndia, Anglaterra, Noruega, Suècia i Holanda. Els primers idiomes de sortida de l' EuroQoL – 5D van ser: el danès, l'anglès, el finès, l'holandès i el suec (79). Aquest és un instrument estandarditzat que serveix per a mesurar els resultats en QVRS. És aplicable com a guia per a l'obtenció de les condicions saludables i dels tractaments, dona un resultat descriptiu simple que és utilitzat com un índex de valor. Originalment, va ser dissenyat per a complementar altres instruments, però, actualment s'està augmentant el seu ús de manera independent.

L'EuroQol 5 – D està pensat per ser autoadministrat. És molt adequat per aquells estudis en què es respongui per correu, en els de tipologia clínica i les entrevistes cara a cara. Les instruccions per omplir-lo estan incloses dins del mateix qüestionari. El participant ha d'indicar el seu estat de salut marcant al lloc corresponent el resultat que s'assimila més a allò que ell pensa. Té un total de 5 dimensions a estudiar. La seva decisió està expressada en resultats numèrics d'un sol dígit que expressa el nivell que creu que té en cadascuna de les dimensions. Aquests valors numèrics van de l'1 al 3 i no tenen cap propietat aritmètica. Així doncs, no poden ser computats com una puntuació cardinal (80).

Aquest test inclou dues parts l'anomenada EQ VAS i la EQ SDQ. La primera de les dues genera un resultat d' autopercepció de la qualitat de vida de la persona. La millor opció seria que fos usat per cadascun dels 5 nivells abans esmentats per a poder copsar íntegrament el nivell de salut. El pacient indica el seu nivell de salut del dia d'avui traçant una línia en el punt correcte de l' EQ VAS, que té la forma d'un termòmetre que va de l'1 al 100. El resultat inclou, doncs, tres díigits del 000 al 100 i s'ha d'interpretar de manera exacta on hi hagi el punt que talla al dibuix. Per exemple: 69 i no 70. L' EQ SDQ inclou una sèries de preguntes d'aspecte sociodemogràfic, que en els casos d'educació no

s'hauran de comparar amb els resultats d'altres països. Les diferents opcions han estat perfectament traduïdes per evitar confusions i errors en els diferents idiomes (79,81).

2.4.6 Karnofsky

Fou creat l'any 1948, en realitat s'entén més com un índex de capacitat funcional que no pas una escala de qualitat de vida. Valora la capacitat d'execució i dependència i se centra bàsicament en les necessitats físiques. Inicialment, va ser pensada per valorar la situació dels malalts de càncer de pulmó. Va des d'un valor 0 de normalitat, fins a un valor 100 de mort. És una mesura de la capacitat del subjecte valorada per l'observador. Té caràcter predictiu de supervivència i una fiabilitat del 97% (82).

2.4.7 Índex OARS – MFAQ

És un índex de valoració multidimensional creat l'any 1996. Inclou: salut física, mental, activitats bàsiques de la vida diària, recursos econòmics i socials. Amb una segona part on es valora la utilització de serveis. Està validat al nostre medi. Té un total de 120 ítems i es necessiten 35' – 45' per a complimentar-la. Hi ha qui l'entén més com una escala de valoració funcional més que no pas com un instrument de mesura de la qualitat de vida (83).

2.4.8 SF – 36

El qüestionari MOS SF – 36 (Short Form 36 Health Survey Questionnaire) va ser construït per avaluar d'una manera breu la qualitat de vida relacionada amb la salut al llarg de diferents malalties, de manera comparativa per diferents grups poblacionals. El seu autor original és John E. Ware. Posteriorment, l'any 1989 Aaronson en va fer una adaptació al nostre medi. Aquest qüestionari va ser desenvolupat pel seu ús en el Medical Outcomes Study (MOS) a partir d'una extensa bateria de qüestionaris. El seu format final proporciona un perfil de la qualitat de vida relacionada amb la salut (59).

El qüestionari consta de 8 escales multiítems. Ofereix una puntuació per cadascuna d'aquestes escales. Permet dos resultats resum, un de l'estadi físic, i un altre de l'estat de salut mental. Els 36 ítems que el configuren inclouen la valoració de: Funció física, rol

físic, dolor corporal, salut general, vitalitat, funció social, rol emocional i salut mental. A més, també té una última pregunta que relaciona l'estat de salut actual respecte l'any previ. Si ve aquest darrer paràmetre no s'utilitza pel càlcul de cap escala, aporta informació molt útil per a la comparació de l'estat general de la persona. El qüestionari està dirigit a persones majors de 14 anys, que preferentment puguin autoadministrar-se'l, encara que també és acceptable que el passi una altra persona o que es realitzi via telefònica (59).

Sutherland i Till (1993) (84) consideren que aquest és útil a l'hora de prendre decisions a nivell "macro", de les quals se'n poden beneficiar segments de la societat o grans comunitats com una província, i en les que es pot avaluar a més una població, o determinar les seves preferències per la qualitat de vida d'una població concreta.

Els 36 ítems inclouen les següents dimensions:

- **La funció física (FF):** Indica el grau en què la salut limita les activitats bàsiques de la vida diària i els esforços moderats o intensos.
- **Limitació de la salut física (LSF):** Expressa el grau en què la salut física limita en la feina o altres activitats bàsiques, i, que inclou un menor rendiment del desitjat.
- **Limitació del rol emocional (LRE):** Computa els problemes emocionals en el desenvolupament de les activitats quotidianes i la reducció del rendiment i temps destinats a les mateixes.
- **La funció social (FS):** Avalua com els problemes de salut físics o mentals interfereixen en la vida social actual.
- **El dolor (D):** Reflexa la intensitat del dolor i l'efecte del mateix en la vida.
- **La vitalitat (V):** Expressa el sentiment d'energia davant del cansament i l'esgotament.
- **El benestar emocional (BE) o salut mental (SM):** Inclou la depressió, l'ansietat, el control de la conducta i la positivitat en la persona.

- **La salut general (SG):** Inclou la valoració personal de la salut actual, expectatives de futur i resistències a emmalaltir (85).

L'any 2004 Gemma Vilagut i col·l. (86) van realitzar una revisió de la utilitat i la fiabilitat d'aquest qüestionari mitjançant tota la recerca de les publicacions en les que s'utilitzava. Es va arribar a la conclusió que els estudis publicats amb l' SF - 36 en castellà aportaven prou fiabilitat, validesa i sensibilitat com per determinar que la versió espanyola podia ser utilitzada a nivell nacional i internacional. Actualment, s'ha ampliat aquest estudi per determinar la validesa dels qüestionari en majors de 60 anys, i fins i tot es té paràmetres estudiats fins als 85 anys. Per tant, s'ha demostrat que és apte per a la pràctica clínica i les investigacions.

En comparació amb altres escales que també avaluen la qualitat de vida com ara la del Perfil de Salut de Nottingham (NPH), l' SF - 36 ha demostrat tenir menys biaixos. Així com també criteris de major homogeneïtat i coherència interna. En malalts amb problemes de circulació detectava millor aquells que patien una claudicació intermitent. En canvi l'NPH discrimina millor els nivells d'isquèmia dels clients (74).

Segons la pàgina oficial del qüestionari s'ha utilitzat en més de 4.000 publicacions, la traducció d'aquesta eina ha estat tema i objectiu de més de 500 articles d'investigadors d'uns 22 països diferents. 10 d'aquests articles han estat publicats en més de 13 països. Les 8 escales que formen part del test han estat testades i retestades i han demostrat consistència interna. El qüestionari té uns intervals de confiança del 95% (59).

2.5 Els determinants de salut

Al llarg de la història s'han intentat buscar múltiples paradigmes que ajudessin a comprendre el procés salut – malaltia de les persones. Abans de la Segona Guerra Mundial hi havia la creença que tota patologia era motivada per gèrmens. Posteriorment, es va començar a creure en els agents causals de la malaltia, els factors de risc i els estils de vida que prenia una persona i que influïen en el seu estat general de salut. Finalment, es va arribar a la conclusió que per investigar correctament les patologies i la seva prevenció era necessari comprendre la casualitat, les trajectòries de vida i els tipus de malalties. Així, van néixer l'epidemiologia social i els determinants de salut (87).

Els determinants de salut són el conjunt de factors complexos que a l'actuar de manera combinada determinen el nivell de salut dels individus i les comunitats (88). Les premisses bàsiques per a la determinació de la salut es defineixen com el conjunt de condicions bàsiques que afavoreixen l'aparició i el maneig efectiu o no dels factors que determinen els nivells de salut dels individus i les comunitats en un espai i moment concret. Explicar les causes de la salut ha estat sempre objecte de la comunitat científica, per això existeixen nombrosos models que intenten explicar la determinació de la salut en individus i poblacions. Aquests models reflecteixen la realitat i els interessos dels països (89).

Primer fou el model de Laframboise (90) i, posteriorment el de Thomas McKeown (1979) (91) publicat en el seu llibre "The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?". Ell afirmava en aquesta publicació que els millors avenços en salut es produïen després d'intervencions mèdiques específiques però, que els factors més importants per a la salut i la seva millora foren: la higiene, la nutrició correcta i l'increment de l'esperança de vida en néixer. També, s'hauria de discernir quines patologies eren degudes a causes genètiques o cromosòmiques, quines podien rebre la influència de l'estat de l'entorn i quines podien ser conseqüència de comportaments individuals. Hauríem de saber examinar la causa de les malalties per veure com podien afectar en un futur. El concepte de salut i malaltia ha de canviar i s'hauria d'implicar serveis, educació i recerca. Ell afirmava que els serveis sanitaris necessitaven un ajust entre la distribució de recursos i interessos pel que fa a la prevenció de la malaltia, la cura de la patologia que necessita investigació i tractament actiu, i la cura de la malaltia que no necessita d'una intervenció activa. Focalitzava els seus punts màxims d'interès en: l'estat nutricional, l'entorn i el comportament humà.

2.5.1 Els determinants socials de salut

A partir dels anys 80 l'epidemiologia social pretén tractar els fenòmens biomèdics de la patologia i investigar els determinants socials de salut (DSS) per garantir-ne l'equitat (92). Paulo Buss Marchiori (93) els defineix com: *els factors socials, econòmics, culturals, ètnics, psicològics i de comportament que influeixen l'ocurrència de problemes de salut i dels factors de risc de la població*. El resultat dels DSS fou la certesa que la salut és el fruit de la combinació de múltiples factors: *intermedis o proximals i els estructurals o distals*. Aquesta interrelació de factors actua a múltiples nivells: individual, familiar,

comunitari o social. Són acumulatius i poden ser causals de patologia o protectors de salut (87).

Els determinants distals o d'equitat de salut són aquells que generen l'estratificació social. Configuren les oportunitats de salut dins de les jerarquies, el prestigi i l'accés a recursos. Per tant, inclouen: context econòmic, polítiques d'educació, gènere, ètnia i sexualitat, situació governamental, valors de la població... Els determinants proximals determinen les diferències entre l'exposició i la vulnerabilitat de les situacions que comprometen la salut. Inclouen: circumstàncies materials de vida i treball, circumstàncies psicosocials d'aquesta vida i treball, conductes, estils de vida i factors biològics i sistema de salut i cohesió social (87).

En conclusió, els determinants socials de la salut es refereixen als factors socials (classe, gènere, edat, ètnia...) que responen a un determinat context socioeconòmic i polític (mercat de treball, polítiques macroeconòmiques i de l'estat del benestar) afecten a les desigualtats en salut (94). El motiu principal pel seu estudi és que ens estan indicant que s'han d'incloure elements ètics als anàlisis de les causes de les malalties i a la seva distribució entre els individus i els grups socials del seu aprenentatge se'n derivarà el canvi de polítiques d'equitat en distribució de salut (95).

Alguns estudis (96, 97) han demostrat que el context de crisi actual ha provocat una menor inversió en determinants estructurals de salut i un efecte negatiu en els proximals. La crisi econòmica afecta de forma significativa a les desigualtats de salut. Per tant, estudiar els determinants socials de salut i els seus indicadors està justificat. El manteniment de l'estat del benestar provoca un efecte amortidor en situació de crisi mentre que les polítiques de retallades generen més pobresa i desigualtat social (98).

2.5.1.1 Els determinants estructurals

Aquests es defineixen com als que afecten l'estructura social i inclouen el context socioeconòmic i polític i la posició socioeconòmica. Dins del context socioeconòmic hi entra: el govern, les polítiques macroeconòmiques, les polítiques socials i de benestar i els valors culturals de la regió. D'altra banda, dins de la posició socioeconòmica hi ha: la classe social, la posició socioeconòmica, el gènere, l'ètnia i la raça (99).

2.5.1.2 Els determinants proximals

Aquests són els que determinen les diferències en equitat de salut (veure figura 2) i s'hi inclouen:

- Les circumstàncies materials: la vivenda, el nivell d'ingressos rebuts, les condicions laborals...
- Les circumstàncies psicosocials: El recolzament social, l'estrès, el control sobre la vida, la capacitat d'afrontament de la persona...
- Els factors conductuals i biològics: Aquests incideixen en la qualitat de vida de les persones i s'hi inclouen: els estils de vida, la nutrició, l'activitat física, el consum de tabac i alcohol... també s'hi compten els factors genètics de la persona.
- El sistema de salut: Hi ha l'accés als serveis sanitaris i la possibilitat o no de costejar-se les despeses sanitàries (99).

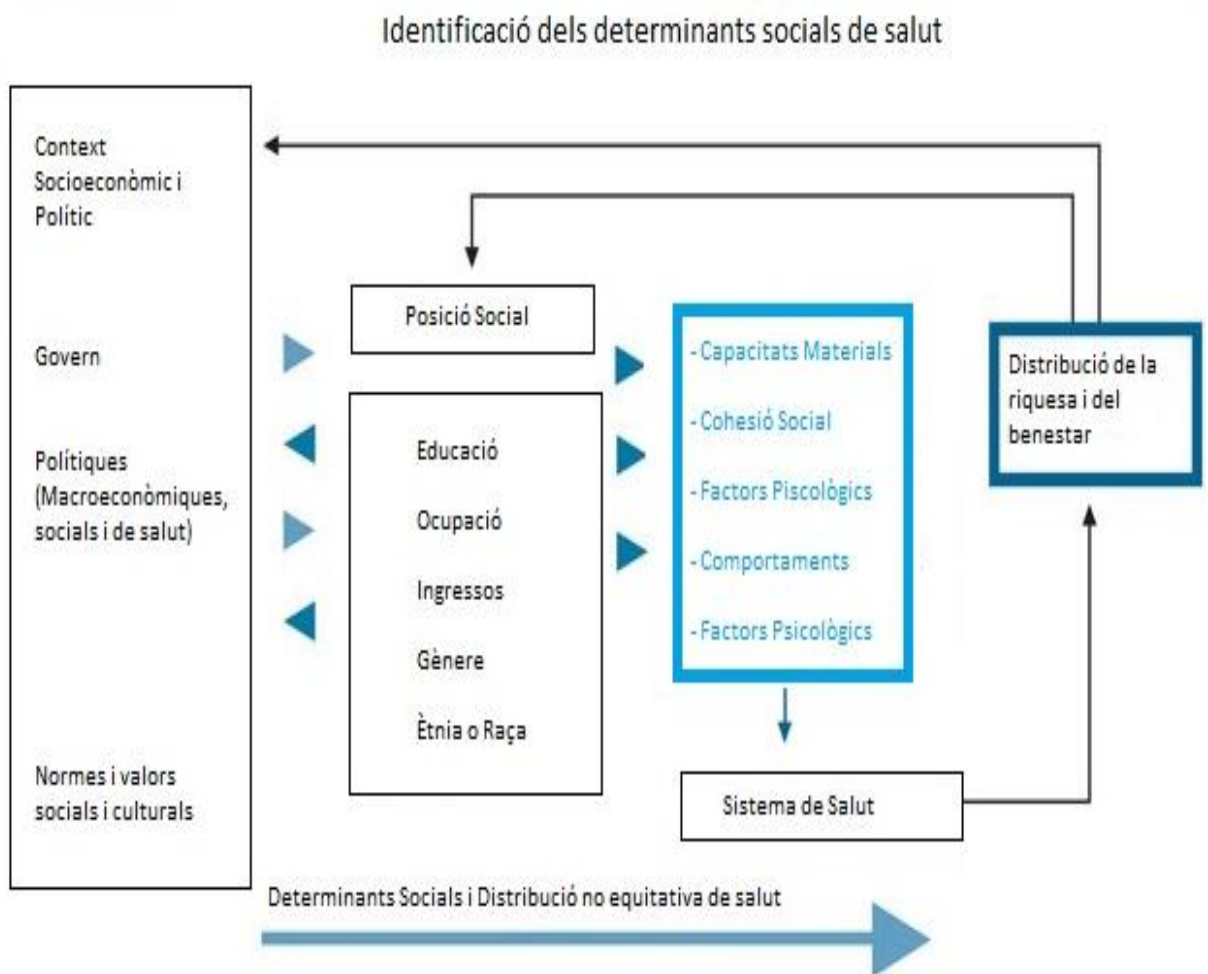


Fig. 2 Identificació dels determinants socials de salut (100).

2.6 Models per la interpretació dels determinants socials de salut

Segons Agost i col·l. (101) l'estudi sobre la Salut Pública provoca la creació d'un seguit de models que Susser (102) divideix en tres eres: la sanitarista, la de les patologies infeccioses i la de les malalties cròniques. La primera és la que creu que la comorbiditat de la població està relacionada amb la contaminació de l'ambient. La segona es situa a principis del Segle XX i es relaciona amb l'aparició de la terminologia dels gèrmens. La tercera es dona després de la Segona Guerra Mundial quan s'inicien els estudis epidemiològics.

A mitjans dels anys 90 apareix un nou model "eco-epidemiològic" que neix a partir de l'anàlisi de les situacions i dels seus determinants en diferents nivells d'organització: biològic, clínic i social. La raó de ser d'aquest model és descobrir no només les mesures terapèutiques de la patologia si no també les mesures preventives de la mateixa (103).

2.6.1 Model del concepte de Camp de Salut

Marc Lalonde fou Ministre de Salut del Canadà. L'any 1974 va presentar el White Paper o Informe Lalonde, encara que l'autoria del model desenvolupat en l'informe del mateix era de Hubert Laframboise (1973) estret col·laborador del ministre i llavors Director General de la Divisió de Planificació de la Salut a Llarg Consecució de Salut i Benestar Social del Canadà. Laframboise va publicar en el seu article: *"Health policy: breaking the problem down into more manageable segments"*, la necessitat de trobar segments més manejables a l'hora d'analitzar els problemes i dissenyar les polítiques de salut. Per aquest motiu va establir quatre divisions primàries. Aquest concepte de camps de salut proposa quatre segments més manejables a l'hora d'explicar els nivells de salut i l'acció sanitària sobre aquests. Es tracta dels següents camps: *Estils de vida, el medi ambient, l'organització dels serveis de salut i un quart camp conegut com biologia humana* que conté tot allò relacionat amb les tecnologies, la investigació i els factors endògens (44,101).

Aquest informe va posar de manifest el grau de contribució a la mortalitat de cada determinant de salut d'aquell temps: Els estils de vida 43%, la biologia humana 27%, el medi ambient un 19% i el sistema sanitari un 1%. I, a més va concloure que les principals causes de mort i discapacitat eren fruit de decisions personals. També, va demostrar que

els determinants amb més pes no eren pas on s'invertia més diners. Així doncs, l'assistència sanitària és la gran receptora de recursos enlloc de la promoció de la salut (104). A més, també va proposar un instrument per avançar en cadascun dels camps a l'hora de formular les polítiques de salut, és a dir, es va associar la persuasió com a instrument per impactar sobre els factors relacionats amb els estils de vida; a la legislació per impactar sobre els factors relacionats amb l'ambient; a la reorganització per impactar sobre els factors relacionats amb l'organització dels serveis de salut i al mètode científic per vulnerar els factors relacionats amb la biologia humana. Aquest fet va revolucionar la salut pública contemporània i va impactar i abordar una altra manera d'explicar els nivells de salut i en conseqüència la manera de formular les polítiques (105).

Tal i com mostra la figura 3, és important deixar clar la diferència entre "camps de salut" i els "determinants de salut". S'entén per camps de salut: "*grup de segments més manejables que permeten explicar els nivells de salut i les accions polítiques concretes sobre aquests*". mentre que els determinants dels nivells de salut són: "*un conjunt de factors complexes que a l'actuar de manera combinada determinen els nivells de salut dels individus i les comunitats*" (106).

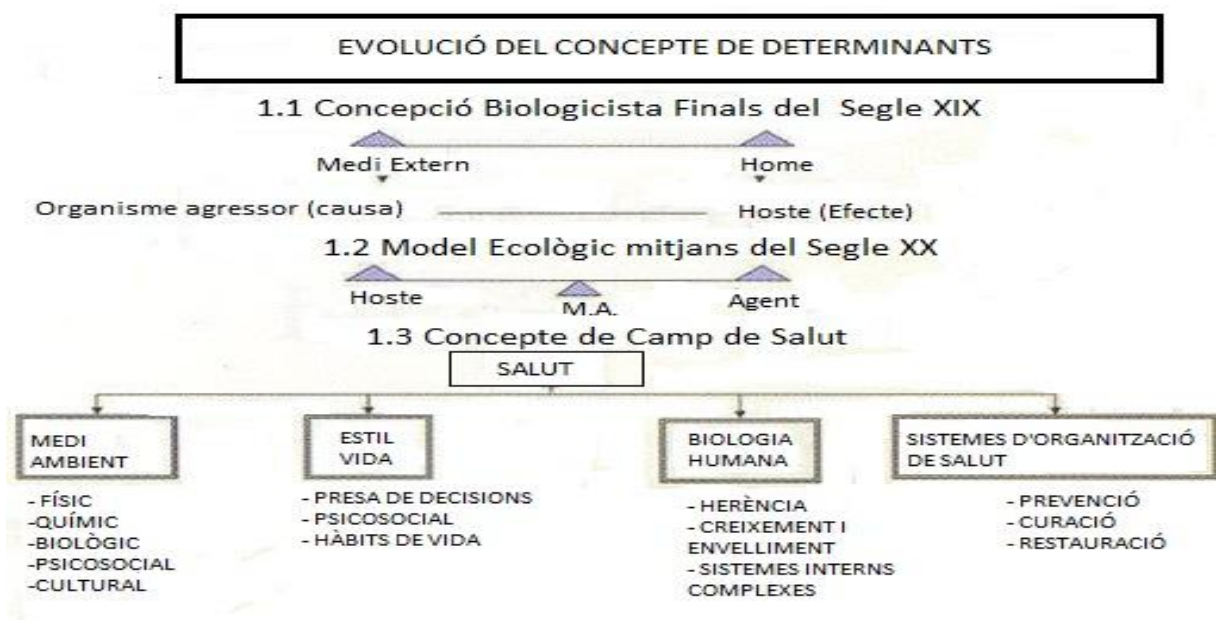


Fig.3 Evolució del Concepte de Determinants de Salut (105).

Gràcies a Lalonde avui se sap que l'estat de salut és el resultat de la interacció de múltiples determinants i que aquests es poden classificar en:

- 1- Organització general del país: Política, societat, serveis...
- 2- Determinants demogràfics: Edat, demografia, grups socials...
- 3- Determinants biològics o genètics.
- 4- Determinants mediambientals: aigua, qualitat de l'aire, entorn químic o tòxic...
- 5- Cohesió social: desigualtats socials, relacions familiars i socials, sistema educatiu, nivell de formació, sistemes d'atenció sanitària... (107)

2.6.2 Model Epidemiològic d'Anàlisi de Polítiques de Salut

El model de Dever (1976) juntament amb les aportacions de Lalonde (1974) aportaren dos enfocaments diferents al model ecològic multi causal que aborda 4 dimensions dels determinants de salut: Els estils de vida, els serveis de salut, el medi ambient i la biologia humana (108).

Aquests dos models creen gran impacte en la pràctica epidemiològica donat que van permetre incidir notablement en les accions de Salut Pública. Des d'àmbits d'actuació complexa com la planificació sanitària fins a accions específiques com les intervencions en atenció primària de salut (109), aquests treballs van permetre realçar els resultats en epidemiologia i donar a les accions de salut pública major densitat conceptual i instrumental (108).

També, va descriure amb major detall els components de cada categoria i hi va donar el nom de: "Model Epidemiològic per l'anàlisi de polítiques de salut". Aquest va servir per orientar estratègies de Salut per tots de l' OMS i per adaptar a la situació nacional espanyola els continguts d'aquesta estratègia (110).

Aquest model suposa una relació causal en la que diferents causes (totes les incloses en el model) poden produir varis efectes simultàniament. Sovint, cap d'aquestes causes és suficient per produir un determinat efecte, per exemple una malaltia; és a dir, en general es passa d'un model causal determinista a un altre de probabilístic, en el que encaixen bé els factors de risc de les malalties cròniques. A més, és un model holístic que pretén incloure tots els determinants coneguts de salut / malaltia. Aquests determinants són agents físics, químics o biològics, i, també inclou factors com l'estrès, l'hostilitat, la classe social o el

recolzament de les persones que en rodegen. Per tot això, s'assumeix que els determinants de la salut dels individus i les poblacions són biopsicosocials (111).

2.6.3 Model dels determinants socials de salut

Els determinants socials de salut (DSS) són *les condicions socials en que les persones viuen i treballen és a dir, les característiques socials dins les quals la vida té lloc*. Es refereixen a les característiques específiques i a les vies mitjançant les quals les condicions socials afecten la salut. Els seus orígens remunten als anys 80 quan se sostenia que l'abordatge de la salut requeria d'acció política que actués directament sobre les societats. És a dir, s'admeten models socials i estructurals que donen oportunitats per a ser saludable (112).

En l'obra d' Evans i col·l. (113) s'analitza el paper dels grups socials i de la segmentació social sobre el desenvolupament dels processos de salut i malaltia. El grup i la caracterització social (estatus social, ingressos econòmics, nivell educatiu, ocupació, lloc de residència) correlacionen amb els indicadors clàssics de salut (esperança de vida, capacitat funcional, accidents, morbiditat i mortalitat), fenomen que es coneix com gradient social. Evans utilitzava el concepte heterogeneïtat per referir-se a les diferències de salut entre els grups socials que podien estar associades a característiques dels propis grups.

Aquest model senyala que la malaltia genera la necessitat d'accedir als serveis d'atenció mèdica i que només amb la prestació de serveis de tractament i cures efectives s'elimina aquesta necessitat. Així doncs, deixa clar que a major nivell de malaltia més increment en els costos de l'atenció mèdica. És per això, que aquests autors es refereixen a una sèrie de factors individuals i col·lectius que influeixen en l'aparició de malalties i és aquí on es necessita l'aparició de l'epidemiologia clínica, l'avaluació de l'atenció mèdica i de la investigació en els serveis de salut per avaluar la pertinència, efectivitat, eficiència i qualitat dels serveis de curació i atenció que presten i reben (110).

Tot aquest anàlisi conceptual els va permetre a aquests autors formular com a determinants del nivell de salut de la població el medi ambient físic, l'ambient social, la dotació genètica, l'atenció mèdica i la resposta individual vista des de la doble perspectiva de la

dotació genètica i del comportament de l'individu. Queda clar que els factors ja mencionats, a l'interactuar entre ells determinen els nivells de salut i benestar de la població. Evans va introduir també el concepte de prosperitat en el que afirmava que hi havia una retroalimentació en un pont de doble via, per un costat dels nivells de benestar i salut i de la resposta del subjecte, i per l'altre costat l'ambient físic i social on fos aquesta perspectiva d'ecosistema de salut humana (110).

Com s'ha esmentat anteriorment Evans va proposar un grup de factors que incideixen en els nivells de salut de la població. En el camp socioeconòmic va abordar aspectes com els ingressos, l'ocupació, la posició social, l'educació i els factors socials del lloc de treball. En l'entorn físic va incloure els factors físics en el lloc de treball a l'igual que altres aspectes de l'entorn físic natural i construït per les persones. En els hàbits personals de salut va analitzar els comportaments que milloren o creen riscos per la salut. Dins de la capacitat individual i aptituds d'adaptació va incloure les característiques psicològiques de la persona com la competència personal, les aptituds d'adaptació i el sentit de control i domini; i les característiques genètiques i biològiques. Per últim, en el camp dels serveis de salut va abordar la capacitat dels serveis per promoure, mantenir i restablir la salut (113).

2.6.4 Model de Frankish de la Universitat de Columbia

L'any 1989 membres del Programa de Salut de la Població en el Canadien Institute for Advanced Research (CIAR) van començar a avançar en la comprensió dels múltiples factors que influencien en la situació i funcionament de la salut inclosos: Factors socials, econòmics, genètics i d'atenció de salut i les interrelacions complexes entre ells. Aquests membres van treballar per aconseguir una perspectiva canadenca pel que fa a salut i polítiques. Ells van establir com a determinants clau: Ingressos i nivell social, xarxes de recolzament social, educació, condicions de treball, entorns socials i físics, pràctiques de salut personals, capacitat d'adaptació, desenvolupament del nen sa, característiques biològiques i genètiques, serveis de salut, gènere i cultura (114). De fet van sortir publicats a l'Agència de la Sanitat Pública del Canadà i van ser proposats pel Comitè Federal, Provincial i d'Assessorament Territorial de la salut poblacional (1994) com a punts importants per millorar les estratègies saludables (115).

- *Nivell d'ingressos i estatus social*: No és la quantitat de riquesa però sí la seva distribució relativa, conjuntament amb el control que dona a la gent de les seves circumstàncies vitals i de les seves capacitats per dur a terme accions.
- *Xarxes de suport social*: L'ajuda i el recolzament que reben les persones per afrontar situacions difícils i per mantenir – se estables davant les seves circumstàncies de vida.
- *Educació*: La combinació de la informació rellevant i les habilitats de les persones per participar de les oportunitats laborals i voluntàries.
- *Condicions de treball i ocupació*: Les condicions del treball, l'estabilitat econòmica i l'entorn laboral condicionen la salut.
- *Condicions ambientals*: L'aire, l'aigua, el sol, la llar i les mesures protectores per al menjar són altres condicions per viure amb seguretat a les comunitats.
- *Dotació genètica i biològica*: Capacitats mentals, psicològiques i anatòmiques amb que neixen les persones i amb les què es desenvolupen o no durant el seu cicle vital.
- *Pràctiques saludables i habilitats d'afrontament*: Aquelles accions amb les que els subjectes prevenen les malalties i s'asseguren l'autocuidatge i solucionen problemes de salut.
- *Desenvolupament del nen*: Experiències positives abans de néixer i en la infància.
- *Serveis de salut*: Accedir a un servei de prevenció de salut i d'atenció primària que inclogui la salut del nen, la immunització o els programes d'educació en salut (115).

També van considerar que els determinants s'han de dividir en factors mèdics i no mèdics: Els factors determinants mèdics són aquells que es troben associats amb els serveis de salut i l'atenció mèdica (promoció, prevenció, curació i rehabilitació) que determinen la salut d'individus i comunitats. Les polítiques i intervencions dirigides a influir sobre aquests factors se centren en els serveis de salut o de la seva reorganització en funció d'aquest objectiu. Els factors determinants no mèdics són aquells que no es troben associats amb els serveis de salut ja mencionats, és a dir, són factors socials que determinen la salut d'individus i comunitats (116).

2.6.5 Model de Marmot

Marmot (1986) (117) en el seu estudi de Whitehall (la seu dels funcionaris) va efectuar el seguiment de més de 10.000 funcionaris britànics durant casi dos dècades, acumulant gran quantitat d'informació sobre cadascun d'ells. El conjunt de les dades era, per tant, "específic per persona" i "longitudinal", la qual cosa va oferir importants avantatges sobre d'altres estudis de l'estat socioeconòmic i de la salut basats tan sols en dades de promig de grup i un únic punt en el temps. A més, es podia dividir fàcilment i sense ambigüitats per grups d'estatus: en el funcionariat, la jerarquia dels ingressos i els intervals estaven prou ben definits. Marmot va trobar que la mortalitat en un període de deu anys, en homes d'entre 40 i 64 anys era tres vegades i mitja superior en els funcionaris que pertanyien a les categories d'auxiliar administratiu i treballador manual que no pas en els graus d'administratiu sènior. Des de la cúspide al fons de la jerarquia hi havia doncs un gradient evident de mortalitat. A més, augmentava a mesura que descendia la jerarquia. S'ha de dir que cap d'aquestes persones era pobra, ni tampoc patia de determinades privacions, la majoria eren contractats en llocs d'oficina de baix risc des del punt de vista de l'entorn físic, els nivells professionals i executius a més gaudien de remuneracions relativament bones en comparació de la població en general (118).

Segons els descobriments de Marmot, doncs, hi havia alguna cosa que influïa poderosament sobre la salut i que estava correlacionada amb la jerarquia i ens afecta a tots. En totes les ocasions que va analitzar la millora de la salut va aparèixer associada a una millor posició econòmica. Els resultats però no demostraven millor salut per haver – se escapat de la pobresa. El que podria influenciar sobre aquesta associació salut i riquesa podria ser la qualitat de l'entorn social i físic de les persones. Per resoldre tots aquests enigmes s'ha de tractar el sistema sanitari des de perspectives no convencionals. Els resultats d'aquest estudi són similars al del Black Report (1982) publicat per l'Oficina de Població Censada i Enquestes del Regne Unit (OPCS) on s'inclouen dades de bona part del segle XX. Per tant, es demostra l'estabilitat del gradient a pesar dels massius canvis ocorreguts en l'amplitud, efectivitat i accessibilitat a l'assistència sanitària (119).

Més endavant, l'any 2003 l'OMS Regional d'Europa va publicar la segona edició "Dels determinants socials de la Salut. Els fets provats". Com estableixen Marmot i Wilkinson la política salut enguany va pensar poc més que en l'oferta i el finançament de l'atenció

mèdica. Deien: “Mentre els tractaments mèdics poden allargar la supervivència i milloren el pronòstic d’algunes malalties severes, més important és per la salut de la població en el seu conjunt les condicions socials i econòmiques que fan que les persones emmalalteixin i aparegui la necessitat d’atenció mèdica. No obstant, l’accés universal a l’atenció mèdica és clarament un dels determinants socials de salut”. La publicació es basava en les causes de la malaltia sovint ambientals, i, estava relacionada amb patologies físiques, mentals i mortalitat. Per ells, hi havia unes condicions bàsiques de salut: Gradient social, estrès, infància prematura, exclusió social, condicions laborals, atur, recolzament social, addiccions, alimentació saludable i transport (119).

Finalment, l’any 2005 Marmot (120) va trobar que existeix un cercle viciós entre carència, marginació i exclusió que s’associa a altres efectes com la pitjor situació de la vivenda, entorns pitjor equipats i mala accessibilitat als serveis de salut. El conjunt d’aquests documents és probablement l’informe més conegut de les desigualtats a nivell social.

2.6.6 De l’equitat del model sanitari segons Starfield

Model creat a USA (1992) que entén que la falta d’equitat és la presència de diferències socials, econòmiques i geogràfiques remarcables i de forma reiterada en grups definits de població (119). Hi ha dos tipus de desigualtats l’horitzontal i la vertical. La primera és la que admet que les persones amb iguals necessitats no disposen dels mateixos recursos. La vertical és la que provoca que les persones amb més necessitats no disposin de més ajuda (121).

Per solucionar la falta d’equitat s’hauria de deixar de tractar el paradigma del pacient malalt, que només es focalitza amb la pròpia patologia, i, centrar – se en un model holístic de la persona que admeti diferents determinants de salut com: les característiques socioeconòmiques, la vivenda, l’escolaritat... aquest punt de vista només el té l’atenció primària (121).

Les diferències cada vegada més acusades entre pobres i rics en una àrea determinada provoca pitjors resultats en la qualitat de vida de la població. Això es manifesta amb menys cohesió social i increment de l’estrès psicosocial. Hi ha una forta associació entre els determinants socioeconòmics i de comportament, l’ús de l’àrea bàsica de salut i els

resultats generals en salut. Viure en àrees amb desigualtats socioeconòmiques pot produir un estrès en l'individu i facilitar que aquest tingui actituds de risc (122).

Per Starfield i col·l. (123) la comparació internacional pot determinar les claus per saber els determinants polítics i de provisió de salut. A major nivell d'ús i desenvolupament de l'atenció primària, millors puntuacions pràctiques pels sanitaris. I a millor orientació en polítiques, menys costos globals. Malgrat els esforços per reformar el sistema de salut en molts països, l'àrea bàsica de salut continua experimentant un efecte positiu en els primers anys de vida. La contribució de les polítiques de salut hauria d'anar encaminada a distribuir correctament els recursos de l'atenció bàsica, reduir – ne les barreres, i, basar-se en l'orientació familiar per millorar la salut general. Moltes vegades la salut no s'incrementa visitant molts especialistes.

2.6.7 Model dels determinants socials i les desigualtats en salut segons la OMS

En el document de la OMS (2008) (124) “Determinants Socials de Salut. Fets provats” s'estableixen deu factors determinants de salut: gradient social, estrès, infància prematura, condicions laborals, atur, addiccions, alimentació saludable i transport (veure figura 4).

- 1- *El gradient social*: L'esperança de vida és més curta i hi ha presència de malalties com més baix sigui l'estrat social. Les polítiques de salut haurien de tenir en compte els factors socials i econòmics com a determinants. Així doncs, la pobresa social i econòmica afecta al llarg de tota la vida i té conseqüències greus en la salut, i, també pot produir una mort prematura. La vida conté transicions crítiques tan emocionals com materials que comencen ja en la infància i segueixen al llarg del cicle vital com serien: el canvi de l'escola primària a la secundària, canvis de feina, encarar les dificultats econòmiques o la jubilació. Tot això, afecta a la persona col·locant – la en un lloc millor o pitjor. Les persones que han patit en un passat són més susceptibles a sofrir en un present. Les polítiques haurien d'incloure no tan sols seguretat sinó sistemes per prevenir desigualtats. L'estat saludable també hauria d'incloure sistemes de reducció de fracàs escolar i de l'atur i millorar els estàndards d'habitabilitat. Aquelles societats que aconseguen tots els punts que s'han anomenat seran més sanes que aquelles on hi hagi inseguretat, exclusió i penúries.

- 2- *Estrès*: Les circumstàncies estressants que fan sentir a la gent preocupada, ansiosa i incapaç de superar les dificultats poden danyar la salut i produir una mort prematura. Un estat continu d'ansietat, inseguretat, baixa autoestima, la soledat, la falta de control a la feina i a casa afecten greument la salut. La gent situada en els estrats més baixos de la població és la que té de forma comú aquests problemes. Si l'estrès és mantingut en el temps la gent es torna més susceptible a patir infeccions, diabetis, tensió alta, atacs de cor, accidents cardiovasculars, depressions i agressivitat. A nivell de polítiques s'hauria d'intentar millorar l'ambient de les escoles, els llocs de treball i les institucions. Aquelles institucions que aconseguen transmetre sensació de pertinença, participació i valoració pels treballadors tenen entorns més saludables que aquelles en què la gent se sent exclosa o degradada. Els governs haurien de lluitar per aconseguir sistemes de seguretat i de benestar psicològic.
- 3- *Primers anys de vida*: Una bona entrada a la vida significa recolzar a les mares i als nens petits: L'impacte en la salut dels primers anys de vida i de l'educació dura tot el cicle vital. El fet de patir genera un risc de tenir menys salut, pitjor estat físic així com problemes cognitius i emocionals en l'edat adulta. L'embaràs pot produir alteracions en el desenvolupament fetal i alterar – lo de per vida. Els primers anys d'un nadó són fonamentals. Tot això, ha d'estar protegit i evitat per polítiques de salut preventiva a l'embaràs i post part, també s'ha de vetllar per l'educació dels nens i dels pares. Només així s'aconsegueix incrementar la sensació de confiança i efectivitat. Els punts de màxima atenció són els de generar uns nivells educatius alts, gaudir d'un bon estat nutricional, tenir un recolzament social i econòmic bo, assegurar – se que la relació entre pares i fills és pròspera des del naixement, incrementar el coneixement dels pares sobre les demandes dels fills i vetllar pel respecte a la infància.
- 4- *Exclusió social*: Els aturats, les minories ètniques, sense sostres, gent discapacitada i els que disposen de contractacions precàries són les persones amb més risc de patir – la. La condició de relativa pobresa significa viure amb un 60% menys que la gent de l'entorn. Això denega les possibilitats de tenir una llar decent, una bona educació, transport adequat i altres factors vitals per omplir la nostra participació en la vida. L'estrès de viure amb males condicions poden ser especialment danyines

en l'embaràs, els nadons, els nens i els ancians. L'exclusió social també deriva del racisme, la discriminació, l'estigmatització, l'hostilitat i l'absència de treball. Totes aquestes actituds són danyines a nivell psicològic, material i de salut. Aquelles persones que estan a la presó o en centres psiquiàtrics són més vulnerables. Per altra banda, l'exclusió social i la pobresa incrementa el risc de divorci i separació, de discapacitat, malaltia, addiccions i aïllament social. Molt sovint, tot això crea un cercle viciós del qual és molt difícil sortir. Tots els ciutadans haurien de tenir uns ingressos garantits, uns salaris mínims garantits i accés als serveis. Les intervencions per reduir la pobresa i l'exclusió social són necessàries a tots els nivells veïnals. La legislació ha de protegir a les minories i als vulnerables. Les polítiques públiques de salut han de trencar les barreres a l'hora d'accedir als sistemes de salut, als serveis socials i als habitatges accessibles. El mercat laboral, l'educació i el benestar familiar són polítiques per reduir una societat estratificada.

- 5- *L'ocupació*: L'estrès en el lloc de treball incrementa el risc d'emmalaltir. La gent que disposa d'un control laboral gaudeix de millor salut. En general, tenir feina és millor que no tenir – ne, però, l'organització de la feina, l'estil de la gerència i les relacions socials influeixen en la salut sobretot si els treballadors no poden desenvolupar les seves habilitats o no poden prendre decisions. Aquelles professions que demanen alts nivells de control i molta demanda tenen major risc d'emmalaltir la població. El suport a la feina és un factor protector. Les implicacions polítiques han de treballar per aconseguir una relació directa entre treball saludable i productivitat. Una bona gestió és aquella que recompensa als seus empleats en sou, estatus i autoestima. Per reduir danys en el sistema múscul - esquelètic s'ha de treballar amb les condicions adequades. Així com també s'han de disposar de controls legals i d'inspeccions.

- 6- *L'atur*: La seguretat laboral millora la salut, el benestar i la satisfacció al lloc de treball. Nivells alts de desocupació generen malaltia i mort prematura. El malestar en la salut comença quan es percep la inseguretat laboral i segueix amb l'atur. Això demostra que l'ansietat és decisiva i determinant en l'estat de les persones. La inseguretat laboral puja dia a dia, aquest fet va començar als anys 90 i s'està tronant un factor d'estrès crònic que allarga les seves conseqüències negatives. Els governs s'haurien de centrar en aquests 3 punts essencials: Reduir les penalitats degudes a

l'atur, prevenir l'atur i la inseguretad laboral i recol·locar les persones en feines estables.

7- *Suport social*: Les amistats, la vida social i les xarxes de suport milloren la salut a la llar, a la feina i a la comunitat. El suport social aporta a les persones aquella ajuda que necessiten, pertànyer a una xarxa social fa sentir a la gent segura i estimada. Això té un efecte protector en la salut, a més d'aconseguir patrons de conducta saludables. Els governs haurien de reduir les diferències socials i econòmiques així com reduir l'exclusió social. Millorar l'ambient escolar, en els llocs de treball i en la comunitat ajuda a les persones a sentir – se valorades, i, això reforça especialment la salut mental de les mateixes. S'haurien de dissenyar tàctiques per aconseguir les trobades i la interacció en la comunitat, tot allò que causi un efecte negatiu divideix la societat.

8- *Addiccions*: Drogar – se és la resposta d'una desigualtat social que deriva en problemes de salut greus. Sovint la droga és usada com a mecanisme d'evasió però l'únic que fa és el problema més gran (124).

- Objectius de la comissió de l' OMS 2008:

- Millorar les condicions de vida quotidianes
- Lluitar contra la distribució desigual de poder, diners i recursos.
- Mediació i anàlisi del problema

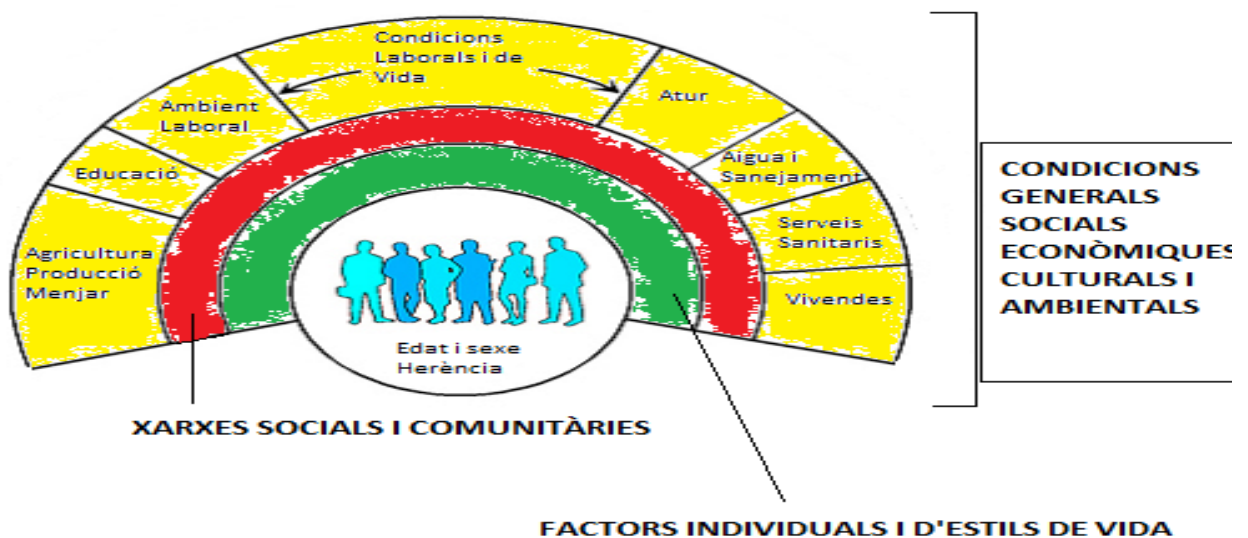


Fig. 4 Quins són els determinants socials de salut? (124).

L'estructura sanitària de l'Estat Espanyol es basa amb les recomanacions establertes per aquest model de la OMS (125) de la promoció de salut. Mitjançant l'establiment d'unes polítiques sanitàries originals de la Carta d' Otawa (126) i sota la guia de les declaracions de les conferències fetes a Yakarta (Indonèsia) l'any 1997.

Segons la OMS s'haurien d'establir polítiques públiques sanitàries amb entorns favorables a la salut d'acció comunitària i que ajudin a les persones a desenvolupar les habilitats personals cap a la salut tot orientant els serveis sanitaris. S'han de crear infraestructures de salut que facilitin la promoció de la salut i la responsabilitat de la mateixa (125).

2.6.8 Model INHEM (Cuba -2005)

El model cubà es basa amb “salut per tothom” a través del desenvolupament d'estratègies integrals amb l'objectiu de la promoció de la salut i la prevenció de les malalties (127). És una proposta realitzada i validada pels investigadors de l'Institut Nacional d'Higiene, Epidemiologia i Microbiologia (INHEM) que té en consideració gran quantitat de determinants, i, que els porta al context cubà. D'acord amb les evidències obtingudes com a part dels estudis desenvolupats conjuntament amb investigadors belgues i canadencs (128).

En aquest model es pretén construir la salut a través de l'acció intersectorial (129) que veu a la salut i a la determinació social com un producte social. Els determinants de salut estan connectats amb la realitat social de la població. No hi ha dubtes de l'impacte que exerceixen els ingressos, el nivell social, l'escolaritat, la cultura, els serveis sanitaris... sobre els nivells reals de salut de la població (127).

L'enfocament de la “salut de les poblacions” es sustenta a través de cinc punts fonamentals (130):

- La salut està determinada per interaccions complexes entre les característiques individuals, els factors socials i econòmics i els entorns físics.
- La salut d'una població està relacionada amb la riquesa de les persones.

- Les estratègies per millorar la salut d'una població han d'abordar un ampli ventall de factors que determinen la salut.
- És possible aconseguir millores importants de salut concentrant les intervencions a tota la població.
- Millorar la salut és una responsabilitat compartida que requereix el desenvolupament de polítiques públiques sanitàries fora del sistema tradicional de salut.

Partint d'aquests elements el model pren com a eix de les accions set punts principals (127):

- L'organització política i social de la societat.
- La producció i distribució equitativa de la riquesa.
- La voluntat i l'acció política dels dirigents.
- L'acció intersectorial i la participació social.
- L'ambient físic, social i econòmic.
- La influència de la família i la comunitat.
- Les característiques i responsabilitats individuals.

A més es divideixen els factors determinants en mèdics i no mèdics. Els primers són aquells que es troben associats amb els serveis de salut i l'atenció mèdica (promoció, prevenció, curació i rehabilitació) que determinen la salut d'individus i comunitats. Les polítiques i intervencions dirigides a influir sobre aquests factors se centren en els serveis de salut o de la seva reorganització en funció d'aquest objectiu. Els factors contemplats foren els següents (89):

- *Característiques biològiques i genètiques:* La biologia humana és un determinant de la salut. La dotació genètica proporciona una predisposició hereditària a un ampli nombre de respostes individuals que afecten la situació de salut i sembla predisposar a certs individus a malalties i problemes de salut particulars, a l'igual que passa amb els processos de maduració o envelliment humà.
- *Serveis i recursos humans en salut:* L'accés universal i sense distinció a serveis de salut resolutius, en particular a aquells dissenyats per mantenir i promoure la salut, prevenir malalties i restituir la salut i el funcionament, així com la disponibilitat de

capital humà en quantitat i qualitat contribueix en gran mesura a la salut de la població.

Els no mèdics són factors socials que determinen la salut d'individus i comunitats. Les polítiques saludables i intervencions haurien d'influir sobre aquests factors que tenen en essència una acció intersectorial controlada per l' estat o liderada pel sector salut en funció d'aquest objectiu. Els factors contemplats són els següents (89,126):

- *Ingressos*: La situació de salut es deteriora en la mateixa mesura que es disminueixen els ingressos i la capacitat de compra de l'individu i la seva família. Si els ingressos augmenten, milloren les condicions de vida i el benestar humà, fins i tot augmentant la inclusió social. Les poblacions més sanes es troben en les societats que tenen una distribució equitativa de la riquesa.
- *Vivenda*: La disponibilitat d'una vivenda i de les condicions mínimes que permeten acreditar aquesta vivenda com a saludable de manera integral constitueix una influència important. Les persones que habiten en vivendes que reuneixen les condicions domiciliàries i que l'acrediten com a saludable tenen menys risc en la salut.
- *Seguretat en l'alimentació*: La correcta producció, distribució, accés, consum i utilització biològica dels aliments exerceix un efecte positiu en la salut dels individus i les poblacions. Les persones que gaudeixen d'hàbits alimentaris correctes (dieta adequada) i consumeixen aliments segurs tenen menys risc en salut.
- *Xarxes de recolzament social*: El recolzament de les famílies, els veïns, els amics i les organitzacions comunitàries i socials s'associa a una millor salut. Aquestes constitueixen una relació favorable d'ajuda que actua com a reductor dels problemes de salut.
- *Nivell d'educació*: La situació de salut millora amb el nivell d'educació. Aquest nivell augmenta les oportunitats laborals i a la vegada ajuda a disposar d'ingressos i seguretat en la feina i proporciona a les persones un sentit de control respecte a les seves circumstàncies vitals: factors claus en salut.

- *Treball i condicions laborals*: La desocupació, les condicions de treball inadequades i l'estrès s'associen a un estat de salut deficient. Les persones que disposen d'una feina segura i de millors condicions laborals estan més sanes.
- *Desenvolupament sa de l'embaràs i el nen*: Els nens nascuts d'un embaràs sa i amb experiències prenatales i infantils saludables tenen majors reserves per trobar un millor nivell de salut en la maduresa. Els nadons nascuts amb baix pes tenen més problemes de salut en la vida adulta que aquells que van néixer amb un pes normal.
- *Addiccions (alcohol, tabac i drogues)*: Els comportaments addictius en les persones, en especial aquells associats amb el consum d'alcohol, tabac i drogues influeixen negativament la salut de les persones.
- *Migració interna i urbanització*: Els moviments migratoris cap a les grans ciutats en la majoria de casos propicia l'aparició de barris marginals, acompanyats d'espais socials que proliferen sense tenir les condicions mínimes de salubritat i d'habitabilitat en les vivendes, cosa que comporta riscos per la salut.
- *Energies (disponibilitat)*: Les persones que tenen accés oficial al gas o a l'electricitat en la llar tenen menys riscos per la salut que les que usen altres fonts d'energia domèstics per cuinar o per conservar els aliments. Les persones que utilitzen altres fonts per il·luminar o cuinar tenen més risc de patir accidents i malalties respiratòries.
- *Violència (domèstica i social)*: La convivència familiar o social en un clima de violència generalment va acompanyat de danys psicològics per l'individu i la seva família. La falta de valors i normes socials influeixen de diferents maneres en la salut i el benestar dels individus i les poblacions.
- *Transport*: Les persones que tenen assegurat el transport són més sanes. Les persones que es traslladen sistemàticament de manera individual fent exercici físic (caminant o en bicicleta) són més sanes que les que usen mitjans de transport amb motor.

- *Canvis climàtics i desastres naturals*: El canvi climàtic i en especial els desastres naturals (huracans, terratrèmols) exerceixen un efecte advers sobre la salut humana.
- *Igualtat de gènere*: Aquelles societats que atribueixen als dos sexes els mateixos drets i oportunitats de desenvolupar – se en la societat, i, de ser inclosos en les oportunitats i els programes de salut incrementen la salut general de la societat. Molts temes de salut estan en funció de la posició social o en el gènere i els rols.
- *Cultura*: Les persones que tenen més oportunitats culturals tenen més possibilitats d'incorporar coneixements, canviar comportaments i estils de vida i responsabilitzar – se per afrontar la vida de manera saludable (89).

2.6.9 Health Canada

Creat a la Universitat de York (2002) on es conclouen els determinants clau de la salut dels canadencs. Aquests determinants foren ratificats per un grup d'experts en el tema, on cadascun d'ells investigava en la seva àrea. El resultat de les publicacions va ser el naixement del document *“The Social Determinants of Health: An Overview of the Implications for Policy and the Role of Health Sector”*(131) un relat de la reunió celebrada a la Universitat de York 2002 i d' on van sortir els determinants següents:

Ingressos i nivell social

La situació de salut millora a mesura que els ingressos i la jerarquia social són més alts. Ingressos alts determinen condicions de vida com vivenda segura i capacitat de comprar bons aliments en quantitats suficients. Les poblacions més sanes es troben en les societats que són pròsperes i que tenen una distribució equitativa de la riquesa (132).

Xarxes de recolzament social

El recolzament de les famílies, els amics i les comunitats s'associa a una millor salut. Les respostes efectives a l'estrès i al recolzament de la família i els amics constitueixen una relació favorable que sembla actuar com un amortidor en contra dels problemes de salut (131).

Educació

La situació de salut millora amb el nivell d'educació. L'educació augmenta les oportunitats d'ingressos i seguretat en la feina i proporciona a les persones un sentit de control en respecte a les circumstàncies de la vida, factors claus que influeixen en la salut (133).

Ocupació / condicions laborals

La desocupació, la feina estressant i altres circumstàncies laborals s'associen com un estat de salut deficient. Les persones que tenen més control de les seves situacions laborals i menys exigències relacionades amb l'estrès de la feina són més sanes, i, amb freqüència viuen més temps que les persones que tenen un treball i activitats estressants amb riscos (134).

Entorns psicosocials i demogràfics

El conjunt de valors i normes d'una societat influeix, de diferents maneres en la salut i el benestar dels individus i les poblacions. A més, l'estabilitat social, el reconeixement de la diversitat, la seguretat, les bones relacions del treball i les comunitats cohesives proporcionen una societat que redueix o evita molts riscos potencials per a la bona salut. Diferents estudis han revelat que la no disponibilitat de suport emocional i la baixa participació social tenen un impacte negatiu sobre la salut i el benestar (135).

Entorns físics

Els factors físics en l'entorn natural (per exemple la qualitat de l'aire i l'aigua) són influències claus en la salut. Els factors en l'entorn creat per l'home com la seguretat de la vivenda, el lloc de treball, la comunitat i el traçat dels camins també constitueixen influències importants (136).

Estils de vida: Pràctiques de salut personals i aptituds d'adaptació

Els entorns socials que permeten i recolzen eleccions i estils de vida saludables així com el coneixement, les intencions, els comportaments i els estils de vida de les persones i les

aptituds d'adaptació per enfrontar la vida de manera saludable són influències claus en la salut. La investigació en àrees com cardiopaties i nens en desavantatge, mostra que hi ha certesa de vincles bioquímics i fisiològics a les condicions vasculars i altres elements adversos de la salut (131).

Desenvolupament sa del nen

L'efecte de les experiències prenatales de la infància prematura en la salut, el benestar, les habilitats d'adaptació i la competència són molt importants. Els nens nascuts en famílies de baixos ingressos tenen majors possibilitats que aquells nens en famílies d'ingressos alts de tenir baix pes en néixer, menjar aliments menys nutritius i tenir més dificultats en l'escola (131).

Biologia humana: Característiques biològiques i genètiques

La biologia bàsica i la constitució orgànica del cos humà són factors determinants de la salut. La dotació genètica proporciona una predisposició hereditària a un ampli nombre de respostes individuals que afecten la situació de salut. Encara que els factors socioeconòmics i ambientals són factors determinants importants de la salut, en algunes circumstàncies la dotació genètica sembla predisposar a certs individus a malalties o problemes de salut particulars (131).

Serveis de salut

Els serveis de salut, en particular aquells dissenyats per mantenir i promoure la salut, prevenir malalties i restituir la salut i el funcionament contribueixen a la salut de la població (131).

Gènere

El gènere es refereix al conjunt de funcions determinades per la societat, característiques de la personalitat, actituds, comportaments, valors, poder o influència relatius que la societat atribueix als dos sexes sobre una base diferencial. Les normes "que tenen en

compte consideracions de gènere” influeixen en les pràctiques i en les prioritats del sistema de salut. Molts temes de salut tenen a veure amb la posició social o del gènere i els rols.

Per exemple, les dones són més vulnerables a violència sexual o física, ingressos baixos o a ser mares solteres a raó del gènere. Mesures per abordar la no equitat i diferències de gènere dins i fora del sistema de salut milloren la salut de la població (135).

Cultura

Algunes persones o grups poden enfrontar – se a riscos addicionals per la salut degut a un entorn socioeconòmic determinat en gran part per valors culturals dominants que contribueixen a la perpetuació de condicions tals com la marginació, l'estigma, la pèrdua del valor de l'idioma i la cultura, la falta d'accés a l'atenció de salut i als serveis culturalment apropiats (135).

Com a resum i per tal que el marc teòric sigui més entenedor s'afegeix tot seguit una taula amb els principals models dels factors determinants de salut emprats internacionalment (veure taula 1).

Taula 1. Principals models de salut usats internacionalment (89)

Principals factors determinants de la salut de la població i els seus diferencials	Principals models utilitzats internacionalment								
	Lalonde (Canadà)	Dever (USA)	Evans (Canadà)	Health Canada	Frankish (UBC)	Marmot (UK)	Starfield (USA)	Marmot (OMS)	INHEM (Cuba)
Context polític i de polítiques							X		X
Ingressos i nivell social (benestar)				X	X	X	X	X	X
Xarxes de recolzament social				X	X	X		X	X
Educació				X	X	X		X	X
Ocupació i condicions laborals				X	X	X	X	X	X
Entorn psicossocial i demogràfic	X	X	X	X	X		X	X	X
Entorn físic		X	X	X	X		X	X	X
Estils de vida (comportament)	X	X	X	X	X		X	X	X
Desenvolupament sa del nen				X	X	X		X	X
Biologia humana (genètica i envelliment)	X	X	X	X			X	X	X
Sistema i serveis de salut	X	X	X	X	X		X	X	X
Gènere				X	X			X	X
Cultura				X	X			X	X
Estrès						X	X		X
Exclusió social						X			
Atur						X			X
Addicció						X			X
Aliment i agricultura						X		X	X
Transportació						X		X	X
Vivenda								X	X
Residuals (consum desmesurat)								X	X
Energia								X	X
Indústria								X	X
Urbanització								X	X
Aigua								X	X
Radiació								X	X
Nutrició i salut								X	X

2.7 Els determinants socials de salut i la qualitat de vida relacionada amb salut

2.7.1 Característiques sociodemogràfiques

2.7.1.1 Edat

Durant l'últim segle, un gran nombre de factors han contribuït que les persones visquin més. A nivell mundial, això s'entén com un dels èxits principals de la salut pública. A l'Estat Espanyol i a Catalunya, l'esperança de vida s'ha incrementat d'una manera notable al llarg del segle passat. L'esperança de vida al principi del segle XX era de menys de 40 anys, mentre que al final era de gairebé 80 anys. Aquest increment ha estat més important en les dones que en els homes. Es calcula que Espanya ocuparà el sisè lloc entre els països amb més proporció de persones de més de 60 anys, si s'acompleixen les previsions, el 2025 passarà a ocupar el cinquè lloc, amb un 31.4%. S'estima que la població de més de 80 anys es doblarà en els pròxims 20 anys (13).

La població catalana presenta una longevitat important. A Catalunya l'esperança de vida l'any 2005 se situava en 77.4 anys en els homes i 84 en les dones. El percentatge de població de 65 anys o més s'aproximarà al 25% l'any 2030. Els aspectes econòmics i socials també han canviat de manera molt important. L'accés a l'escola per part de tots els nens, la incorporació de les dones en el món del treball i l'inici més tardà a nivell laboral són aspectes que fa cinquanta anys eren impensables (13).

Segons un estudi de Maldonado (137) l'edat afecta negativament a l'autopercepció de salut. En els seus resultats el sexe masculí tenia pitjors puntuacions en la qualitat de vida. La comorbiditat no afectava als resultats globals de l'autopercepció de salut. La seva població manifestava no tenir problemes econòmics i sentir-se estimats pel seu entorn proper.

2.7.1.2 Sexe

El sexe és un constructe social que intenta diferenciar el sexe biològic de la manera en que la societat construeix el “ser home” o el “ser dona”. El gènere en canvi inclou la vessant social del fer de ser home o dona: normes, valors, forma de comportar-se etc. (135,136)

L'estudi dels determinants socials és essencial per entendre les desigualtats socials en salut segons el sexe. Així doncs, i, malgrat que les dones tenen una esperança de vida més llarga al néixer, solen presentar pitjor QVRS que els homes (138). Es pot dir que la QV d'homes i dones és diferent: en primer lloc perquè tenen implicacions biològiques diferents, i, en segon lloc perquè hi ha diferències injustes i evitables entre sexes, sovint la dona queda en una situació pitjor vers el sexe masculí (139).

La dona segueix tenint més responsabilitat en la càrrega domèstica i l'atenció familiar, independentment de la seva força a nivell laboral i de les seves altres tasques socials. Això, indica que el nivell d'oportunitats per romandre saludable són inferiors pel sexe femení que pel masculí. La repercussió de la vida viscuda tampoc és igual pels dos sexes quan envelleixen (140,141).

En un estudi cubà es va detectar que els homes tenien una millor autopercepció de salut, un 70% de la població estudiada. Pel que fa a les dones només un 28% referia un estat òptim de salut. La majoria de participants dones d'edat avançada referien un estat general regular o dolent. També, eren les dones qui seguien més tractaments mèdics. Pel que fa al mode de vida eren els homes qui estaven més temps fora de la llar i tenien una vinculació laboral més seriosa, tot i que tenien més riscos de desenvolupar dolències físiques i motores (142, 143).

En altres estudis similars a l'esmentat també s'ha trobat que les dones tenen una incidència de morbiditat i discapacitat més alta en comparació amb els homes. Són elles qui acumulen més malalties cròniques. Això, s'explica perquè elles porten més càrrega física i emocional (140,144,145).

2.7.1.3 Estat Civil.

En gent gran tenir parella és un factor protector de la salut, les persones casades o acompanyades tenen una situació favorable del seu estat general. La soledat és una de les principals causes de depressió que moltes vegades també s'associa a una pèrdua de la sensació de gana i a una davallada notòria en l'estimulació de la llar. Les persones envellides que viuen soles tenen més risc de patir accidents domèstics per no disposar d'una supervisió adequada (142,146).

Aquells ancians que tenen parella tenen més benestar psicològic, Això, pot explicar-se pel fet que les persones que no tenen parella estable (separats o divorciats) presenten més dificultats per adaptar-se a nivell físic i psicològic, entre altres coses perquè tenen menys recolzament social percebut i per tant, menys capacitat d'adaptació a l'estrés psicosocial. A l'examinar les dimensions del benestar psicològic o mental, s'observa que existeixen diferències significatives entre els grups que tenen parella i els que no, fet que recolza l'explicació que el recolzament social percebut influeix en els resultats globals de benestar de l'adult d'edat avançada. És a dir, l'estat civil no afectaria per si mateix en la QVRS global de la persona però afecta de manera significativa l'avaluació subjectiva del subjecte amb els propis recursos i l'entorn (146).

Altres estudis també han demostrat que el benestar psicològic es relaciona directament amb el recolzament social percebut. Els homes obtenen millors puntuacions en QV globals que les dones, i, aquelles que disposen de parella o estan casades tenen millor puntuacions que les que no tenen parella estable (147).

En altres estudis també s'ha trobat que els homes tenen millors resultats de benestar en les dimensions psicològiques que les dones. S'ha de tenir en compte que l'associació entre gènere, vellesa i benestar és complexa, on també s'han d'analitzar les condicions de vida, econòmiques i del recolzament social percebut (148).

Segons un estudi realitzat a Medellín (149) aquesta tendència sol mantenir-se fins i tot en vells institucionalitzats en centres geriàtrics on es va trobar que un dels factors més associats a la qualitat de vida era el sexe. Les dones puntuaren més baix en el valor promig de qualitat de vida, fet que es comprova també en altres estudis (147,148). Aquest fet porta

a pensar que existeixen factors intrínsecs i extrínsecs que empitjoren la percepció i puntuació de la qualitat de vida. Se sospita que pel fet que les dones són qui reben major exposició a situacions que comporten problemes emocionals, que tenen menys oportunitats de millora i més acceptació social de les seves queixes (149,150).

Si es mira la població catalana s'observa que hi ha diferències i desigualtats en relació amb la salut. Les dones i les classes socials més desfavorides presenten un estat de salut i una qualitat de vida pitjors. En general les dones i les classes socials benestants tenen comportaments més saludables, i, les dones i les classes socials baixes fan un ús més elevat dels serveis assistencials i un consum més alt de medicaments (58).

2.7.1.4 Nivell d'estudis.

La distribució del nivell d'estudis i analfabetisme és totalment diferent si es mira per grups d'edat i sexe. Els nivells d'analfabetisme són molt superiors per les dones respecte dels homes. Si ve hi ha alguna excepció si es miren els grups dels majors de 70 anys on puntualment els homes superen en baix nivell d'escolarització les dones (151).

La població envellida actual té menys anys d'educació formal que les noves generacions, fet que tot i no veure's com un factor d'exclusió limita les seves opcions i fractura la relació amb les generacions més joves (152).

Les dones tenen més tendència a acabar els estudis que comencen, excepte els de primària. Pel que fa a la secundària l'abandonament dels estudis per part dels homes fou del 31% i de les dones del 26%. Només un 6% de les dones van accedir a estudis superiors, però, els van acabar en 4.9% (151).

Si es calcula la relació entre el nivell d'estudis i la mortalitat es descobreix que les dones a l'edat dels 25 anys tenen una esperança de vida de casi set anys superior que els homes. Si es compara el grup de l'estudi amb menys esperança de vida respecte els homes amb nivell cultural baix, i, les dones amb estudis superiors es troba que les dones tenen una diferència d'esperança de vida de 28 anys superior respecte dels homes. És a dir, un home sense estudis que arriba als 25 anys té una esperança de vida de 65 anys mentre que una dona amb 25 anys amb estudis superiors té una esperança de vida de 93 anys. Això, segurament

és degut a la relació que hi ha entre el nivell social i econòmic de les persones i el nivell educacional que poden obtenir i, aquest de retruc també es relaciona amb l'esperança de vida (151).

L'anàlisi de l'esperança de vida segons el nivell cultural permet descobrir les injustícies i diferències en una població, així com també avaluar l'impacte de les polítiques educatives en salut (153).

El nivell d'estudis de la població general catalana ha augmentat força, a la vegada que ha tendit a equiparar homes i dones. El nivell d'estudis i la pràctica d'activitat presenta una associació positiva. Com més alt és el nivell d'estudis, més creix el de l'activitat. Les dones més qualificades assoleixen ràpidament els nivells de paritat amb els homes en comparació que les que tenen els estudis més baixos (58).

2.7.1.5 Professi3 anterior a la jubilaci3

Els sistemes productius de la modernitat s'han basat en la captaci3 de mà d'obra jove per poder incrementar la producci3. Quan aquesta mà d'obra no ha estat productiva s'ha passat a jubilar-la. En la poblaci3 anciana els homes han tingut un major nivell de participaci3 en el mercat laboral. Per tant, gran part de les despeses de les jubilacions i de l'estabilitat econ3mica en la vellesa la gaudeixen els homes (154).

No es pot oblidar que gran percepci3 de qualitat de vida està relacionada amb els ingressos i el patrimoni obtingut al llarg d'una vida. El fet de poder gaudir d'un envelliment amb dignitat i amb seguretat econ3mica és bàsic. Les dones tenen una proporci3 molt més baixa de tasques remunerades reconegudes, i, aix3 també fa que tinguin un rol familiar menys reconegut. A Mèxic les dones que reben pensió per jubilaci3 són tant sols el 29%. En canvi, les que reben pensió per ser vídues arriben al 58%. En números totals existeix els homes tenen 2,6 vegades major cobertura per jubilaci3 que les dones. I 5,5 vegades major si es mira l'àmbit rural. A més, les pensions de les dones solen ser molt més baixes que les dels homes (155).

2.7.1.6 Amb qui viu habitualment

Envellir sol és difícil per tothom. La família és un dels pilars que genera més beneficis a la persona que s'està fent gran ja que li proporciona atenció i protecció en els processos físics i mentals propis d'aquesta etapa de la vida. Nombrosos són els estudis que han afirmat que les persones que conviuen amb els seus familiars presenten millors nivells de salut mental, física i emocional en comparació amb aquelles persones que viuen soles (156). Si s'analitza el sector masculí es detecta que l'esposa és el pilar bàsic de les cures del marit i és qui l'ajuda a la realització de les tasques domèstiques de la vida diària. Des d'una perspectiva biopsicosocial de la salut, la qualitat de vida del vell vindrà determinada pel context social en el que es troba immers (147).

La soledat sembla ser més difícil pel homes que per les dones, doncs ells demostren més sentiments de tristesa i depressió ja que creuen que pel fet d'haver treballat i aportat béns per la seva família és just que això els sigui tornat amb cures de la família. La vida dels ancians que han enviadat i no viuen al domicili dels fills es torna molt difícil ja que sovint no saben com desenvolupar les tasques de cura de la llar. A més, i de forma contrària al que els passa a les dones, els homes no solen teixir xarxes socials al llarg de la vida, i, per tant disposen de menys ajuda externa. Gran part de l'ajuda que reben els senyors prové o de la dona o dels fills. I, quan envelleixen solen ser les joves qui s'encarreguen d'ells (157).

En canvi, les xarxes socials de les dones són més denses, efectives i duradores ja que les han teixit al llarg dels anys, i, això les fa gaudir d'un capital humà fora de la família per anar adaptant-se a la vellesa (157).

Si s'analitzen els ancians que estan institucionalitzats es detecta una millor qualitat de vida en aquells que van decidir ingressar voluntàriament a la residència. Sovint, aquests són els que estan sols, han perdut el seu rol o no volen ser una càrrega pel nucli familiar, i, són els que gaudeixen més dels beneficis de viure institucionalitzat (158). Les persones que ingressen voluntàriament són les que romanen més independents per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i les que tenen més autonomia. A més l'adaptació al centre és molt més fàcil (149).

2.7.1.7 Ingressos econòmics familiars

La pobresa en les poblacions envellides varia segons el nivell educatiu, el gènere i l'organització de la vida. Les dones són les que solen tenir menys recursos econòmics, ja que també són qui tenen menys estudis (159). El cercle entre discapacitat i pobresa és més recurrent en les llars que tenen menys ingressos. A la vegada la discapacitat incrementa els riscos de pobresa ja que redueix la quantitat d'ingressos que pot necessitar una persona. Això, s'aguditzava molt més en aquells països on la meitat de les persones envellides no reben cap ingrés de jubilació (160).

Disposar de béns econòmics constitueix un element clau de la qualitat de vida en la vellesa. La independència permet a les persones grans satisfer les seves necessitats objectives, millora la seva autoestima i permet la presa de decisions de forma lliure. S'ha de tenir en compte que en la vellesa l'ajuda familiar agafa un significat diferent sobretot en aquelles persones que disposen de pocs recursos i que tenen poc recolzament institucional (161). S'ha de pensar que l'any 2000 els ingressos més comuns de les persones grans venien de l'ajuda familiar (33,7%), a més, els que depenien totalment de la família eren casi el 10%. La pobresa és transmesa de generació en generació, de manera que a les llars on hi ha persones grans amb incidència de pobresa un nombre elevat de joves procedents d'aquests domicilis patiran pobresa (162).

Per Benach l'aspecte més rellevant de la QVRS són les desigualtats socials. Per ell a més riquesa, més avantatges socials, major atenció sanitària i més esperança de vida. La desigualtat econòmica relativa és per ell la clau per explicar les desigualtats en salut en els països desenvolupats (163).

2.7.1.8 Zona de la ciutat amb més o menys recursos

En un mateix barri o ciutat hi ha diferències de nivell econòmic, d'estils de vida, manera d'entendre la qualitat de vida que fa que la diferenciï d'altres zones o ciutats. La percepció que un habitant té del seu entorn de vida pot ser totalment diferent a la d'un altre tot i viure a prop.

Aquestes diferències de percepcions responen als valors culturals de cada grup, associats a l'estil de vida. Malgrat tot, i més enllà de les necessitats funcionals els barris o zones de vivenda, representen en la qualitat de vida dels habitants més que un lloc per viure. És a dir, la qualitat de vida va més enllà dels recursos materials, es relaciona directament amb el benestar on l'espai habitat i compartit l'afecta directament (164).

2.7.2 Hàbits saludables i d'estils de vida

2.7.2.1 Consum de tabac

Pel que fa al fumar en l'estudi de la qualitat de vida de les persones grans a Catalunya de la Fundació Viure i Conviure, hi ha una diferència important de gènere amb relació al percentatge de persones que manifesten no haver fumat mai: el 92% de les dones i el 32% dels homes no ha fumat mai. Fumar també s'associa significativament en aquesta recerca a l'edat: S'observa un descens gradual del percentatge de fumadors en incrementar – se l'edat. Pel que fa a les regions sanitàries que afecten aquesta investigació, en l'Àmbit de Ponent i en l'Alt Pirineu és on hi ha més persones que no han fumat mai, més del 71%. En canvi, a les regions sanitàries més urbanes s'observen percentatges més baixos, tot i que només és significativa la superioritat del percentatge de fumadors a Barcelona ciutat. En l'Enquesta de Salut de Catalunya, menys del 9% de les persones grans és fumador (13). De manera global, la manera com es viu, determina la forma en què s'envelleix.

Si es miren estudis d'hàbits saludables i estils de vida es veu que són els homes qui tenen més conductes i estils de vida nocius. En dades del 2006 es va veure que els homes adults madurs fumaven en un 19,5% mentre que les dones només ho feien en un 7,2% (154).

Fins i tot, comparant poblacions de fumadors i d'exfumadors es detecten millors pels segons millors puntuacions en les següents dimensions de l'SF-36: Rol emocional i autopercepció global de salut. Si es comparen exfumadors amb fumadors els primers obtenen millors puntuacions per les següents dimensions: Salut mental i rol emocional (165).

Si es miren resultats globals de població els ancians (i molt més significativament en les dones) són el grup d'edat amb la menor prevalença de consum de tabac. Segons dades

generals de l'Enquesta Nacional de Salut el 64,3% de la població de 65 anys o més declara no ser fumador, un 20% declara ser exfumador només el 15% es considera fumador en l'actualitat. Es considera que a aquest hàbit l'afecten el gènere, l'edat, el nivell de renda i educatiu (166).

Fumar a edats avançades pot ser entès com un dels pocs plaers de la vida i prop d'un 50% dels majors de 75 anys no ho veuen com un hàbit nociu per la salut. Des del punt de vista sanitari no hi ha proves que deixar de fumar en la vellesa sigui positiu per la salut. Segons investigacions consultades no hi ha evidències que els fumadors realitzin menys activitat física que els que no fumen. Malgrat tot, els fumadors presentaven més comorbiditat: pitjor estat nutricional i autopercepció de salut. En canvi, hi ha altres estudis que han trobat efectes beneficiosos en que els ancians deixin de fumar: disminució de comorbiditat, disminució de la probabilitat de patir un càncer, millora de la capacitat física i funcional (166).

2.7.2.2 Consum d'alcohol

Amb relació al consum d'alcohol, a l'Enquesta de Salut de Barcelona (2000) (167), el 32% dels homes grans i el 60,8 % de les dones grans declara que no ha begut durant l'últim mes, mentre que al voltant del 2 % dels dos sexes és bevedor de risc. El 48 % dels homes i el 18,8 % de les dones és bevedor moderat. L'Enquesta de Salut de Catalunya mostra resultats diferents; d'aquesta manera, un percentatge més alt de persones grans es declara absteni; el 55,5 % dels homes i el 23,2 % de les dones fa un consum d'alcohol moderat, i el 3,6 % dels homes i l'1,3 % de les dones són bevedors de risc (168).

Si s'observa el consum d'alcohol per sexes es mostra un patró diferent pels homes que per les dones. Les dones de classes socials afavorides fan més consum mentre que no es detecta cap patró pels homes. L'anàlisi del consum de risc d'alcohol segons el nivell d'estudis mostra que els homes amb educació bàsica – secundària tenen més proporció de bevedors de risc, mentre que per les dones la proporció es detecta per a les que tenen estudis universitaris (58).

El consum d'alcohol en els vells es relaciona directament amb problemes físics, psicològics i cognitius que es tradueix amb una major tendència a emmalaltir i a fer-se

depenent a nivell funcional. A més, des del punt de vista nutricional s'associa directament a dèficits d'àcid fòlic i ferro. També, es relaciona amb afectacions cognitives i depressió (169).

2.7.2.3 Alimentació

Amb l'increment de l'esperança de vida el desig de mantenir-se sa i amb una bona qualitat de vida relacionada amb la salut no és un fet aïllat. El tipus d'alimentació determina el manteniment de l'estat de salut i pot prevenir nombroses patologies (170). La cura de l'ancià no només ha d'estar focalitzada en tractament mèdics si no també en la prevenció de malalties. Una bona alimentació i estat nutricional és clau per allargar la vida i la qualitat de la mateixa (171).

S'ha trobat que una presentació agradable, amb la temperatura adequada per cada plat, amb varietat d'aliments ajuden a contribuir l'acceptació del menú. Una dieta adequada a la tercera edat ha d'incloure: pa, arròs, pasta, amanides, verdures, llegums, làctics, fruita, carn, peix i ous. Alguns problemes de salut podrien ser arreglats només amb la dieta. S'hauria d'educar i capacitar als ancians en la seva dieta, tenint en compte les necessitats tan heterogènies que té aquest sector poblacional (170).

En l'actualitat hi ha estudis (169,170) que demostren que alimentar-se bé influeix positivament en la qualitat de vida relacionada amb salut de l'ancià. Aquells participants que esmorzen correctament al matí tenen un IMC menor als que no ho fan, i, també són els que tenen menys índex d'obesitat. La pèrdua de gana en l'esmorzar s'associa directament i de forma negativa en un major risc de desnutrició, una major pèrdua de força muscular i una disminució de la capacitat funcional. Aquells ancians que consumeixen esmorzar es mostren més amoïnats pel seu estat de salut, es cuiden més i obtenen millors puntuacions en la QV (172).

2.7.2.4 Problemes del son

Dormir és una funció biològica fonamental no tan sols per la importància i el nombre d'hores que hi atribuïm, sinó també per l'efecte positiu que genera en la nostra salut general. De fet, existeix una estreta relació entre els processos del son i l'estat físic i mental de la persona. La quantitat de repòs nocturn dependrà de cada persona, però, estarà influenciat per factors propis de cada organisme, ambient i comportament. En general, es pot parlar de tres patrons del son: el curt, el llarg i l'entremig. Quedaria a part, el sector de la població que té uns hàbits de son inestables. La raó d'aquestes diferències entre uns hàbits i uns altres es desconeix. Hi ha autors que pensen que s'ha de dormir 7 hores i d'altres creuen que les hores estan influïdes per les necessitats individuals. Independentment de les que el subjecte aconsegueixi dormir s'ha de distingir la qualitat del repòs. Per tant, els individus es poden dividir en aquells que disposen d'una bona qualitat del son i aquells que la tenen dolenta (173).

Els patrons del son afecten la relació entre qualitat del son i mortalitat. Els homes amb patró curt tenen major risc de mortalitat. Al creuar les dades amb característiques sociodemogràfiques van trobar-se que els hàbits del son també es veuen influenciats per estils de vida i conductes de risc com: fumar, beure i ús d'hipnòtics (174).

Els hàbits de descans nocturn inadequats es relacionen directament amb el risc de patir un procés oncològic. S'ha detectat que dormir de 7 a 8 hores és un factor protector de la malaltia, però, dormir-ne més de 8 es considera un factor de risc (175). Altres publicacions realitzades amb població anciana d'àmbit rural afirmen que aquelles persones amb un patró del son intermedi són les que obtenen millors puntuacions en salut física. Els homes atribueixen la poca salut percebuda a adormir-se abans del què desitgen i a no obtenir sensació de descans a l'aixecar-se. Curiosament, els ancians que descansen de mitjana 8,2 hores tenien major IMC (Índex de Massa Corporal) però pitjor memòria (176).

La qualitat del son es pot relacionar amb un índex molt similar en estructura a l' SF – 36. D'entre els 1049 austríacs que hi van participar els bons dormidors tenen una puntuació entorn al 8,4 (sobre 10) final. Mentre que els que disposaven de problemes de conciliació del son aquest nombre baixa fins a un punt (177). Aquelles persones que limiten el descans durant un període de temps acaben manifestant: Cansament, miàlgia, problemes

d'atenció i de concentració. Hi ha qui s'atreveix a dir, que un bon son és el mateix que dir un bon estat de salut percebut, per tant afecta a la qualitat de vida final (178).

A nivell de diferències en els sexes s'ha trobat que els homes que descansen pitjor tenen més vulnerabilitat a patir malalties cròniques i discapacitats mentals degut al seu deteriorament anatòmic i fisiològic. Malgrat tot, la incidència en patologies és menor que en les dones i, a més tenen millor percepció de salut que les dones (179).

Com diu Sierra (180) els trastorns del son constitueixen un dels problemes de salut més rellevants de les societats occidentals. La importància d'una bona qualitat del son no és tan sols fonamental com a factor determinant de salut si no com a element propiciador d'una bona qualitat de vida.

Les principals queixes que tenen les persones envellides són la dificultat per conciliar el son i el fet de despertar-se sovint a la nit. Els vells consumeixen més hipnòtics i els hi produeixen més efectes secundaris així com interaccions tòxiques medicamentoses (181).

2.7.2.5 Caminar

Espanya es troba al capdavant de la taxa d'inactivitat física per habitant, encara que en els últims temps ha aparegut un interès creixent per la pràctica de l'exercici físic. En el sector de població de gent gran és on més sedentarisme hi ha. S'entén el caminar com una activitat quotidiana que no requereix un esforç tan intens com la pràctica esportiva però que en aquestes edats és de gran importància ja que es relaciona directament com a mesurador de salut. En investigacions recents s'ha trobat que els ancians espanyols es mostren molt sedentaris. Un 35% dels quals no camina mai. Tant sols un 7% de la població entrevistada camina 2 o 3 cops per setmana. Caminar o passejar influeix positivament en la percepció subjectiva de salut. Mostrant molt pitjors resultats aquells que no caminaven gens. Les dones són les que obtenien pitjors puntuacions d'autopercepció de salut, i, a la vegada les que es movien menys (182).

2.7.2.6 Pràctica d'esport

L'activitat física influeix positivament a la sensació de benestar global de les persones sense diferir en raons de sexe. També s'ha comprovat que l'activitat física recreativa crea resultats més positius quan més vegades i temps a la setmana li dediqui el subjecte. També, hi ha una relació significativa entre l'estat mental i l'activitat física setmanal en les dones. En conclusió, l'estudi demostra que tot i haver diferències entre el gènere dels participants en relació als resultats obtinguts en cada variable que intervenia en la qualitat de vida subjectiva, la salut en els dos gèneres ha estat el motiu per a realitzar l'activitat física i que els beneficis generals han estat increment del benestar (183).

Tants són els beneficis que es pressuposen de la realització d'exercici en l'ancianitat que a Bolívia s'ha incorporat un pla per a aconseguir que els vells gaudeixin de l'esport. Per a fer-lo van realitzar 50 entrevistes a persones no vinculades a cap tipus d'entrenament físic. Pel que fa als interessos d'aquests subjectes destaca la realització d'exercicis per a millorar les seves malalties, ho van escollir un 72% dels entrevistats. Molts dels raonaments que utilitzaven els ancians per a no practicar cap tipus d'esport eren falsos pensaments com que aquestes pràctiques només les realitzaven les dones. A més, a l'entrevistar personatges importants en la comunitat boliviana destacaren la necessitat d'eleva la qualitat de vida mitjançant l'esport (184). La pràctica d'exercici físic en els ancians els genera increment del benestar i millora de l'estat d'ànim global. A més pràctica d'exercici físic major benestar psicològic (182,183).

Malgrat tots els beneficis que s'observen derivats de l'activitat física, el cert és que a més edat més puja la proporció de sedentarisme de la població. Això, és una tendència en ambdós sexes (58).

Un estudi realitzat a Brasil (185) ha confirmat que hi ha una associació positiva entre el desenvolupament d'activitat física i els resultats en la puntuació de la qualitat de vida. Malgrat això, el tipus d'activitat física que es desenvolupi generarà diferents resultats per homes que per dones. Si es comparen les puntuacions dels participants que realitzaven una activitat física moderada amb els que no en feien els resultats en la QVRS globals eren de 5.3 punts més els actius vers els que no ho eren. Aquests resultats són comparables amb altres que han confirmat després d'un seguiment de 7 anys que les persones que

practicaven esport obtenien resultats més alts en la qualitat de vida respecte dels que no feien esport. La diferència era de 10 punts i augmentava un 9% la supervivència dels primers (186).

2.7.2.7 Hàbit de lectura

Tot sector poblacional indiferentment de l'edat ha d'aprendre a sobreviure i a preservar la seva pròpia salut; treballar, produir i guanyar uns diners, desenvolupar el seu potencial físic, intel·lectual i emocional, comunicar – se amb altres oralment, per escrit o amb altres mitjans, participar en la societat... Tot això, necessita un aprenentatge permanent i d'esforços específics d'educació i capacitació. Així doncs, saber llegir i escriure millora la qualitat de vida de les persones ja que ajuda a aconseguir els elements de satisfacció humana. Un bon hàbit de lectura doncs, serà una bona eina per mantenir –se actiu. A més, cultivar – la repercuteix en la salut mental i psicològica de les persones. Les investigacions neuropsicològiques indiquen que les persones que treballen la ment durant tota la seva vida, amb activitats com la lectura i l'escriptura, envelleixen millor i estan menys exposades a malalties com l'Alzheimer i la demència senil. Tant és així que en un estudi comparatiu entre ancians alfabetitzats i analfabets residents al nord de Manhattan els analfabets van obtenir puntuacions més baixes en denominació, comprensió, abstracció verbal, orientació i combinació de figures (271,272).

No s'han trobat estudis que relacionin directament l'hàbit de lectura com un determinant en la qualitat de vida relacionada amb la salut. En canvi, sí que se'n han trobat que ho contemplen com un entreteniment que de retruc afecta la qualitat de vida de les persones. Malgrat tot, n'hi ha d'altres que han relacionat l'hàbit de lectura com un factor protector del risc de patir un deteriorament cognitiu. I, de la mateixa manera no llegir és un factor de risc en el desenvolupament de malalties que cursen amb alteracions del nivell cognitiu (188). Si la lectura s'associa a un nivell educatiu superior la potència protectora és superior (189).

2.7.3 Hàbits socials

2.7.3.1 Vincles familiars amb contacte

S'entén per xarxa social el recolzament que brinden les fonts formals i informals. Les primeres poden venir de l'àmbit públic o privat, tenen una estructura burocràtica i objectius a millorar àrees específiques en l'individu. La disponibilitat d'aquests serveis dependrà dels treballadors o voluntaris i de la capacitat de fer-ne ús del territori. D'altra banda també hi ha el recolzament proporcionat per les fonts informals que corresponen a les xarxes personals entre altres: vincles familiars, vincles no familiars i comunitaris (no vinculades a cap servei) (190).

El recolzament informal es entès com: *“les cures no estructurades complementàries a les que proporcionen els governs”*(191).

En altres investigacions s'ha constatat que els vells consideren que disposar d'unes bones relacions familiars i socials és un aspecte de gran rellevància per la qualitat de vida. De fet, un 85% dels participants ho va incloure com un dels factors determinants en la percepció de la QV i un 43% ho va ubicar com un dels tres primers factors determinants (192).

Tot i la variació en el tipus de vincles que pot arribar a establir una persona la parella, els fills i els amics són els que la gent gran considera que els aporta major nivell de satisfacció. Uns no exclouen els altres si no que en són complementaris (193).

S'ha detectat que el suport social disminueix a mesura que augmenta l'edat. Així, en les dones de 75 anys i més es duplica la proporció d'insatisfacció pel suport rebut respecte a les de 45 a 64 anys. Tot i que en l'home hi ha la mateixa tendència s'observen menys diferències per edat (58).

Les persones que pertanyen a grups socials més desfavorits o que tenen un nivell d'estudis baix tenen menys recolzament social. Les xarxes d'ajuda són més elevades en aquelles persones que disposen d'estudis universitaris o d'un poder econòmic important (58).

El recolzament social pot influir en la persona provocant una relació entre percepció de salut i benestar psicològic que pot millorar les capacitats funcionals, de desenvolupament de la vida i una millor qualitat de vida (194). D'igual manera els ancians que no es relacionen amb altres persones tenen menys possibilitats de compartir els seus problemes, no es distreuen i no es motiven per la vida diària fets que afecten negativament a totes les dimensions del benestar psicològic (195).

2.7.3.2 Activitats comunitàries

Podem dir que la participació social significativa consisteix en formar part de manera activa i compromesa en una activitat conjunta, la qual és percebuda per la persona com a beneficiosa (196). La participació social faria referència a sistemes de recolzament o subministres psicosocials com unions entre individus, caracteritzats per: Ajuda material, assistència física, compartir pensaments, sentiments i experiències i contactes socials positius. Malgrat tot, més que el nombre de contactes socials és important la qualitat dels mateixos. En aquest sentit, la fortalesa dels llaços socials, familiars, d'amistat i de participació en activitats comunitàries serien factors importants per promoure la salut en l'ancianitat (197).

Diverses investigacions demostren que les persones que participen en grups socials mantenen una qualitat de vida superior als que estan socialment aïllats, i, que una vida rica en relacions afectives tendeix a allargar-se. Els estudis mostren altes correlacions entre la percepció subjectiva de benestar i l'estil de vida actiu per enfrontar-se a les dificultats. En canvi, hi ha altes correlacions entre la percepció subjectiva de malestar i un estil de vida passiu davant de les dificultats (197).

Una forma de contribuir al desenvolupament personal dels adults madurs és facilitant la seva participació social. Així, mateix és vital crear hàbits d'oci actius i saludables que siguin una estimulació física, cognitiva i social i que a més els proporcionin objectius vitals i de satisfacció (198).

2.7.3.3 Recolzament emocional rebut

S'ha detectat que el suport emocional disminueix a mesura que augmenta l'edat. Així, en les dones de 75 anys i més es duplica la proporció d'insatisfacció pel suport rebut respecte a les de 45 a 64 anys. Tot i que en l'home hi ha la mateixa tendència s'observen menys diferències per edat (58).

Diferents estudis han demostrat la correlació entre l'estat de les xarxes socials i la percepció general de salut. Així com que existeix un vincle entre el recolzament emocional social rebut i la salut mental de la població envellida. També, s'ha trobat relació entre la depressió i la qualitat de les xarxes socials (199). Finalment, s'admet que la persona ha de viure en societat, ja que la soledat engendra inseguretat, depressió i deteriorament (1).

També s'han estudiat les xarxes socials per altres tipus de poblacions com ara els immigrants. El 47% dels quals eren homes, d'una edat aproximada de 38 anys. Es va trobar que aquesta població patia una taxa més alta de depressió que es va correlacionar estadísticament i negativament amb menor recolzament social. La disponibilitat d'alguna ajuda familiar i la presència d'algun amic reduïa la depressió (200).

Les persones que pertanyen a grups socials més desfavorits o que tenen un nivell d'estudis baix tenen menys recolzament emocional rebut. Les xarxes d'ajuda són més elevades en aquelles persones que disposen d'estudis universitaris o d'un poder econòmic important (58).

El recolzament emocional social i l'autopercepció de salut han demostrat una relació significativa amb el benestar psicològic. Sobretot en el recolzament emocional. Aquest resultat és consistent amb diversos estudis que destaquen la importància del recolzament que rep l'individu del seu entorn com a element protector en la salut mental (140,198).

El recolzament pot influir en la persona provocant una relació entre percepció de salut i benestar psicològic que pot millorar les capacitats funcionals, de desenvolupament de la vida i una millor qualitat de vida (194). D'igual manera els ancians que no es relacionen amb altres persones tenen menys possibilitats de compartir els seus problemes, no es

distreuen i no es motiven per la vida diària fets que afecten negativament a totes les dimensions del benestar psicològic (195).

2.7.3.4 Ús del sistema sanitari

El sistema públic de salut ha d'adaptar-se per oferir serveis preventius de diagnòstic i de tractament que obtinguin resultats satisfactoris independentment de la població a tractar, per la qual cosa és necessari millorar les competències professionals i crear programes específics d'atenció. A més, la persona amb dificultats ha de poder viure en comunitat, i, això obliga als governs a disposar de serveis sanitaris generals que siguin accessibles i eficaços per persones amb tot tipus de problemàtiques (201). Una de les claus per mantenir el sistema és el correcte abordatge de la cronicitat (202): de l'envelliment i de la situació de dependència entre altres. Una de les possibles solucions és abordar el pacient des del cuidar i no des del curar (203).

La població envellida consumeix en els països occidentals gran quantitat de recursos sanitaris. El 59,1% de la població de més de 65 anys reconeix haver anat al metge durant l'últim mes (204). Tant és així, s'han elaborat estudis dels factors que impulsen a la persona a la utilització dels serveis sanitaris (205). Amb els vells s'han descrit nombroses variables que demostren una relació consistent amb l'ús dels recursos sanitaris com per exemple: la cita prèvia, el gènere l'edat i el nombre de malalties prèvies (203,204).

Si es té en compte el model conductual (206) que proposa que la percepció de l'estat de salut és el resultat del contacte amb el sistema sanitari, que a la seva vegada interfereix en les característiques individuals que generen la demanda: La percepció de salut pot assimilar-se al constructe qualitat de vida relacionada amb la salut (207). La QVRS sembla ser el factor més determinants de l'ús dels serveis sanitaris en el sector privat (208). En el sector públic actua com a predictor juntament amb la morbiditat de l'ús de la consulta d'atenció primària. D'aquesta manera a major qualitat de vida, menor nombre de visites al metge de l' ABS (206). Pel que fa a l'ús dels sistemes especialitzats, inclòs, l'ús d'urgències hospitalàries és molt més freqüent en el vell de sexe masculí, mentre que les grans consumidores d'atenció primària són les dones d'edat avançada.

S'han trobat resultats (209) que confirmen que a més nombre de visites al metge de família, major risc de reingrés. I, que l'ús de serveis hospitalaris durant l'últim any és un factor predictor d'un nou ingrés l'any vinent. A major ús dels serveis sanitaris, pitjor QVRS.

Un estudi realitzat a Cantàbria (210) ha determinat que a mesura que augmenta la QVRS disminueix la demanda de visites a les consultes d'Atenció Primària tant en homes com en dones. Aquests resultats concorden amb altres (211) que constataven que a major nivell d'utilització dels serveis sanitaris i més presència de pluripatologia pitjors resultats en la QVRS. De fet, van arribar a concloure que la QVRS i les malalties cròniques eren les variables més explicatives de la major utilització de recursos sanitaris en dones majors de 60 anys. Malgrat tot, també hi ha autors (212) que pensen que la QVRS per si sola no pot explicar la sobre utilització dels serveis sanitaris.

2.8 L'estat de salut i la qualitat de vida

2.8.1 Comorbiditat

Al parlar dels ancians, tan important és conèixer les principals malalties que els afecten com saber que les patologies se solen desenvolupar de manera solapada i crònica. Fet que la majoria de les vegades acaba originant pluripatologia. Es calcula que el 80% de la gent gran pateix d'un procés crònic com: la diabetis, la hipertensió arterial, l'artrosi, la insuficiència cardíaca etc. Aproximadament el 36% dels vells tenen més de tres malalties, fet que genera una gran despesa farmacològica. De tota manera, hi ha un conjunt de complicacions que són pròpies dels ancians que s'anomenen síndromes geriàtrics (213).

Els trastorns crònics augmentem amb l'edat i també amb classes socials desfavorides. Els trastorns que han experimentat un creixement més important han estat la depressió, l'ansietat i les malalties cardiovasculars (58).

En altres estudis (214,215) s'estudia l'efecte de la comorbiditat sobre la QV de la població demostrant que l'increment de la comorbiditat altera negativament els resultats globals de la qualitat de vida tant en les dimensions físiques com les mentals. Altres estudis (137) en canvi, no han pogut concloure aquesta interrelació negativa.

És cert, però que en el cas de la gent gran no n'hi ha prou d'esmentar la comorbiditat, aquesta s'ha de relacionar amb qualsevol tipus de discapacitat que pugui sorgir: Funcional, física, mental... i en els efectes que això produeix en la qualitat de vida relacionada amb salut de la persona. En alguns estudis s'ha trobat una relació entre la comorbiditat i la discapacitat per a la realització tant d'activitats diàries de la vida diària com de les instrumentals. A mesura que augmenta la comorbiditat també ho fa el risc de discapacitat de la persona. Les malalties que afecten més a la funcionalitat i que tenen una incidència molt alta són les cardiovasculars: en primer lloc les cerebrovasculars seguides les insuficiències cardíques (216).

L'augment del consum de fàrmacs ho fa en consonància amb la comorbiditat. Són les dones qui s'automediquen més. De fet, l'any 2006 van gastar el 60% del consum d'envasos vers el 40% dels homes (58).

Altres estudis (213,215) manifesten que la comorbiditat afecta a més de la meitat de la població d'edat avançada, que la prevalença de la mateixa augmenta amb l'edat i que la solen patir més les dones i de classe social baixa. La comorbiditat afecta negativament al deteriorament funcional de la persona, a la mala percepció de qualitat de vida i incrementa la despesa de recursos sanitaris.

2.8.2 Discapacitat bàsica

La salut en l'individu es defineix no només per l'absència de malalties i la integritat física si no per la independència de la persona en la realització de les seves tasques habituals o de la seva funcionalitat. Un ancià és considerat saludable quan no necessita cap tipus d'ajuda o supervisió per a la realització diària, malgrat que pugui tenir patologies de base (217).

Segons dades publicades l'any 2010 a Catalunya el 54,5% de la població de 65 anys i més declarava no tenir cap dificultat per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària, el 41,2% declarava tenir dificultat o necessitava ajuda per a fer aquesta activitat. Finalment, el 4,3% manifestava que tot i tenir alguna dificultat no necessitava ajuda per la realització de les activitats. La proporció de dones amb limitació per alguna tasca és superior a la dels homes. Les dones ho manifesten en un 50,6%, mentre que els homes

només en un 28%. Les limitacions són més freqüents a mesura que s'incrementa l'edat, mantenint-se el fet que són les dones qui necessiten més ajuda. La població amb nivell més baixos d'escolaritat són els que presenten major discapacitat. Del total de persones grans que es troben en situació de dependència el 71% són dones (58).

La discapacitat física és la conseqüència de les malalties cròniques descompensades (218). A mesura que augmenten les complicacions en les patologies hi ha major dependència que afecta les relacions familiars i l'aïllament social (219).

La discapacitat física provoca sentiments d'inutilitat, perjudicis en la pròpia persona i aquells que la rodegen, incapacitat per conviure en societat (220). La dependència de les ABVD és multifactorial i té implicacions negatives en l'autoestima del subjecte i el benestar percebut (221).

2.8.3 Estat cognitiu

La funció cognitiva és el conjunt d'operacions mentals que s'efectuen mitjançant la interpretació preceptoral d'estímuls per transferir – la a una resposta o conducta d'acompliment davant una situació. En aquestes operacions es troben involucrats els processos cognitius simples i complexos com: sensació, percepció, atenció, concentració, memòria, pensament, llenguatge i intel·ligència (222).

Més del 80% dels grans no pateixen una alteració anormal de la memòria. Aquest tipus d'afectacions es veuen influenciades pel nivell educatiu, el nivell d'activitat i l'estat general de salut (213). Martínez i Pérez (223) en el seu estudi a grans longeus van determinar que el que influeix a la qualitat de vida relacionada amb la salut són dos grans franges: l'estat cognitiu i la discapacitat física. En el seu estudi es va concloure que menys de la meitat dels longeus complien satisfactòriament les activitats bàsiques de la vida diària, i, en molta menor quantia les instrumentals. Tot i això, no solien estar ni deprimits ni desorientats.

La major prevalença de deteriorament cognitiu es troba amb subjectes amb nivell socioeconòmic baix, sense escolaritat, del sexe femení amb dèficit visual i polimediació (224). En la vellesa l'agudització dels problemes crònics influeixen en el benestar. Tant, el

deteriorament cognitiu com la depressió comporten dependència funcional, que a la vegada generen nous reptes per a la persona malalta. Tots aquests fets, perjudiquen la qualitat de vida relacionada amb la salut (225).

Amb poblacions amb malalties degeneratives s'ha trobat que el deteriorament cognitiu, els símptomes depressius i la fatiga contribueixen altament i de forma negativa en la qualitat de vida relacionada amb salut percebuda pels participants. D'igual forma el rendiment cognitiu afecta a la dimensió mental i de benestar (226).

2.8.4 Els símptomes depressius

Els símptomes depressius són un seguit de signes que provoquen l'alteració de l'estat d'ànim que genera pèrdua de l'interès per l'execució de les activitats de la vida com ara: pèrdua de la confiança en un mateix, sentiment d'inferioritat, idees de culpa, falta de concentració, fatiga i inutilitat. Les conseqüències de patir símptomes depressius són progressives i afecten greument la qualitat de vida (227). L'entorn familiar pot actuar com a catalitzador dels problemes del vell, ja que els membres de la família coneixen i atenen les necessitats de l'ancià. Això, contribueix a preservar la seva qualitat de vida i el seu benestar. Del contrari, hi ha un risc que la persona entri en un estat de marginació, aïllament i dependència funcional greu (228).

La presència de símptomes depressius es mostra com un factor determinant en cadascuna de les dimensions de la qualitat de vida. Aquelles persones que manifestin falta de concentració, fatiga i pèrdua de la gana veuran disminuïda la seva puntuació en el coeficient físic de la mateixa. La qualitat de vida dels pacients amb depressió i impediments físics també s'associa a la capacitat de la persona a l'adaptació a la malaltia (226).

Més del 80% dels grans no pateixen una alteració anormal de la memòria. Aquest tipus d'afectacions es veuen influenciades pel nivell educatiu, el nivell d'activitat i l'estat general de salut (213). Martínez i Pérez (223) en el seu estudi a grans longeus van determinar que el que influeix a la qualitat de vida relacionada amb la salut són dos grans franges: l'estat cognitiu i la discapacitat física. En el seu estudi es va concloure que menys de la meitat dels longeus complien satisfactòriament les activitats bàsiques de la vida

diària, i, en molta menor quantia les instrumentals. Tot i això, no solien estar ni deprimits ni desorientats.

2.8.5 Risc de patir desnutrició

Existeixen estudis de seguiment longitudinal que afirmen que els ancians que realitzen ingestes inferiors o superiors a les aconsellables, tenen més risc d'emmalaltir, més discapacitats i major mortalitat. Aquest problema afecta a un 32% dels vells que viuen en la comunitat. Això pot provocar una disminució de les defenses, de resposta a l'estrès, de la funció cognitiva i de la capacitat per auto cuidar-se. Sovint el mal estat nutricional ve potenciat per la pèrdua de les peces dentàries, de les papil·les gustatives, de la sequedat de boca o de la dificultat per a mastegar (213).

En la primera conferència internacional sobre el control de pes celebrada a Montreux l'any 1985 (229) s'arribà a la conclusió que la definició més simple i acceptada del pes ideal venia determinada per l' IMC (Índex de Massa Corporal) amb valors compresos entre 20 i 25. Això, concorda amb les recomanacions anteriors de la Conferència Fogarty als Estats Units i amb l'informe del Reial Col·legi de Metges Britànic.

Actualment, s'ha demostrat que en les persones ancianes la nutrició és un factor important en les malalties relacionades amb l'edat: com el càncer, les malalties cardiovasculars, l'osteoporosi, les cataractes, la degeneració macular... així com un component clau del procés d'envelliment. A més, aquest sector de població té un risc de malnutrició a causa de la reducció de l'activitat, la pèrdua de l'autonomia, la polimediació i la disminució de l'apetit, el que dona com ha resultat una ingesta nutritiva i calòrica reduïda (230).

Aquells vells, pobres, amb capacitat funcional limitada, dones i sense suport social són aquells que més desnutrició pateixen. En total es van comparar dos grups, el primer amb 167 individus rebia menjar a domicili, i, el segon amb un total de 214 persones no. Aquells subjectes que es van beneficiar d'aquest programa van obtenir nivells més alts de seguretat alimentària, menys depressió i majors puntuacions de QVRS. Pel que fa a la sensació de soledat no es van obtenir diferències significatives. Els dos grups eren perfectament comparables, tant pel que fa a sexe com edat. El 92% dels seleccionats pel programa

domiciliari eren incapaços de realitzar les activitats instrumentades de la vida diària. El 83% dels que no rebien l'ajuda tampoc podien desenvolupar-les (231).

També s'ha conclòs que a menys xarxes socials disponibles per l'individu major risc de desnutrició. Els subjectes que tenen risc de desnutrició perceben pitjor QV. Finalment, van establir que el mal estat nutricional determinava l'allargament de l'estança hospitalària i la gestió de més recursos a l'alta. Les dones que formaven part de la investigació van referir pitjor salut; que correlacionava amb un dèficit de pes important (232).

La malnutrició també s'ha estudiat per altres poblacions com ara aquells que per diferents motius (cirrosis o amb patologia de l'intestí inflammat) pateixen una alteració gastrointestinal. L'estudi es va realitzar amb l'SF-36. Set de les vuit dimensions de l'escala (exceptuant el dolor corporal) van obtenir resultats inferiors que en subjectes en condicions de nutrició normal. Per tal de no emmascarar les puntuacions en QVRS es van excloure aquells pacients amb mal pronòstic o amb malaltia terminal. Les puntuacions deficitàries en salut en malnutrició eren tan a nivell mental com físic. Finalment, s'han establert un seguit d'associacions: Aquells que pateixen d'una incorrecta alimentació tenen major deteriorament funcional, pitjor sistema immunitari, més tardança en curació i major risc de mortalitat i morbiditat (233).

Segons un estudi de Montaña (234) els participants d'edat avançada i de sexe femení tenien risc de desnutrició. Quasi un 80% dels subjectes a estudi donaven risc de desnutrició. També, patien d'alta comorbiditat.

JUSTIFICACIÓ

3. JUSTIFICACIÓ

L'ancià constitueix un grup de població molt nombrós i heterogeni amb una importància clau en termes de política sanitària ja que és el gran consumidor de recursos sanitaris. Per tant, arribar a vell sense limitacions de salut, amb millor expectativa i qualitat de vida i amb uns costos similars que per la resta de la població és un dels grans reptes en l'actualitat (52).

El concepte de salut ha anat canviant al llarg de la història. Anteriorment, la seva definició sempre havia estat centrada en buscar només la malaltia pròpia en l'individu. L'aparició dels determinants ha obert les possibilitats d'interpretació, i, ha permès relacionar la salut directament amb altres components de la vida de la persona com: les seves condicions generals i la seva forma de viure. Tant sols, analitzant les desigualtats s'arribarà a l'equitat (107).

L'aparició de la malaltia crònica augmenta amb l'edat. L'increment de l'esperança de vida genera un major nombre de persones d'edat avançada i com a conseqüència l'increment de la prevalença de malalties cròniques en la població. Per aquesta raó la qualitat de vida pot veure's disminuïda si la malaltia, les patologies cròniques o les lesions limiten la capacitat de cuidar d'un mateix sense ajuda (235).

Els determinants de salut, l'estat de salut i la qualitat de vida són tres factors interrelacionats entre si. Avui sabem que la salut i la qualitat de vida són un resultat social directament relacionat amb les condicions generals de vida de les persones i amb la forma de viure. En aquest sentit s'han fet esforços en les últimes dècades per comprendre com interactuen els determinants socials i com es produeixen els resultats en salut. Al mateix temps s'ha pogut comprovar que els determinants socials de la salut i la bona salut són les principals influències en la qualitat de vida relacionada amb la salut.

L'estudi de la qualitat de vida en atenció primària es considera avui en dia imprescindible, ja que és el resultat final de l'estudi centrat en la persona més que en la seva pròpia patologia i incorpora la percepció del pacient com una necessitat en l'avaluació de resultats en la salut. Malgrat tot, la seva utilització encara és limitada, probablement per

desconeixement, sobrecàrrega assistencial o falta de convicció per part dels professionals sobre el seu benefici en l'atenció i la millora dels pacients.

La qualitat de vida relacionada amb la salut i els seus determinants en les persones envellides està ben documentada, encara que en el nostre país no ha estat investigada adequadament. Per tant, aquest estudi tracta d'avaluar la qualitat de vida relacionada amb la salut en una mostra de persones grans que viuen en la comunitat amb la finalitat d'identificar alguns factors que l'influencien. La comprensió d'aquests factors és fonamental pel desenvolupament de les intervencions més apropiades per millorar o preservar la qualitat de vida d'aquesta població.

La investigació en infermeria ha evidenciat l'eficiència de les intervencions d'aquest col·lectiu en el manteniment i la millora de la qualitat de vida dels pacients. Aquestes investigacions també han permès explorar els aspectes del significat de la salut, examinar els processos institucionals de la salut i dels sistemes sanitaris, identificar les barreres i els elements facilitadors de canvis, així com, descobrir els raonaments de l'èxit o el fracàs de les intervencions infermeres i dels professionals de salut (236,237) . Per tant, els factors determinants de la qualitat de vida de les persones segueixen sent un tema d'actualitat, i, la infermera com a membre actiu de l'equip assistencial és la clau per a descobrir-los. En una època marcada per la recessió econòmica és vital saber on i com invertir els recursos. En aquest sentit, els governs haurien de tenir en compte quins són els pilars fonamentals de la qualitat de vida de la població i invertir-hi. Dins de l'equip assistencial la infermera és la clau per a facilitar aquesta informació.

OBJECTIUS

4. OBJECTIUS

4.1 Objectiu general:

- Identificar els factors determinants de la qualitat de vida relacionada amb la salut de les persones grans que viuen al seu domicili.

4.2 Objectius específics:

1. Descriure la qualitat de vida relacionada amb la salut, els factors determinants de salut i l'estat de salut de la mostra poblacional de l'estudi.
2. Identificar els factors sociodemogràfics associats a la qualitat de vida relacionada amb la salut en els seus components físic, mental i global de l'esmentada població.
3. Determinar els hàbits saludables i estils de vida associats a la qualitat de vida relacionada amb la salut en els seus components físic, mental i global de dita població.
4. Identificar els factors socials i de la utilització dels serveis sanitaris associats a la qualitat de vida relacionada amb la salut en els seus components físic, mental i global de l'esmentada població.
5. Identificar els factors de l'estat de salut associats a la qualitat de vida relacionada amb la salut en els seus components físic, mental i global de dita població.

METODOLOGIA

5. Metodologia

5.1 Font de les dades

Aquesta tesi forma part de l'estudi longitudinal "Evolució del procés de fragilitat de les persones grans de Lleida". (Veure Annex 1. Enquesta FRALLE) Aquest projecte desenvolupa un estudi descriptiu, longitudinal i prospectiu mitjançant una enquesta de seguiment de la població per estudiar els processos de fragilitat associats a l'edat i l'efecte que sobre ells fan les conseqüències de l'envelliment.

Aquest estudi va tenir una duració de 3 anys i es va realitzar en dues fases: Una primera fase transversal en la que s'abordà un estudi descriptiu de l'estat de fragilitat, i, una segona fase longitudinal que permeté la progressió en el temps dels processos de la fragilitat i la influència d'aquests en la salut dels participants. La recollida de dades del mateix fou d'octubre de 2009 a octubre de 2010.

5.2 Tipus d'estudi

El present treball és un estudi descriptiu i transversal que analitza l'associació entre els determinants socials de salut i la qualitat de vida de les persones majors o iguals a 75 anys que viuen a Lleida ciutat.

5.3 Població i mostra

A la ciutat de Lleida, la població adscrita és de 145.234 persones de les quals 11.846 tenen 75 o més anys (8,1%). La mostra es va calcular per estimar una proporció i, degut al fet que es van haver d'estimar diversos paràmetres es va escollir la postura de màxima indeterminació ($p=50$), amb un nivell de confiança del 95% i assumint un error mostral del 4%. La mesura de la mostra resultant fou de 571 individus. Es va afegir a la mostra un 10% més per les possibles pèrdues durant el seguiment longitudinal. La mostra final va ser de 640 participants. Posteriorment, es va realitzar un mostreig aleatori que es va obtenir a partir de les dades de la targeta sanitària mitjançant el programa e-CAP. La mostra va

contemplar població de totes les ABS: Rambla Ferran, Ronda, Eixample, Balàfia, Cappont, Bordeta i Santa Maria – Ciutat Jardí.

5.4 Subjectes de l'estudi

Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris d'inclusió:

Individus:

- D' ambdós sexes de 75 anys o més.
- Residents en habitatges familiars a la ciutat de Lleida.
- Amb tarja sanitària.
- Que expressin la seva conformitat a participar en l'estudi.
- Aquells participants que en cas que existís un deteriorament cognitiu lleu disposin d'acompanyant en el moment de l'entrevista.

Criteris d'exclusió:

- Individus amb un Pfeiffer superior a 3 errors. En aquests pacients l' SF – 36 no es pot passar ja que és un instrument de mesura que no es pot realitzar al proxy al tractar-se d'un caràcter subjectiu.
- Individus institucionalitzats.

5.5 Variables i instruments de mesura de l'estudi

Per a la realització d'aquest treball s'han utilitzat preguntes procedents de l'enquesta de fragilitat de Lleida (enquesta FRALLE) i de diferents instruments de mesura que es mencionen en cada grup de variables. El FRALLE (238) és un qüestionari únic compost per preguntes d'elaboració pròpia i escales validades específicament per participants amb edat igual o superior als 75 anys.

5.5.1 Variable dependent: Qualitat de vida relacionada amb la salut

Per a mesurar-la s' utilitza el qüestionari Short-Form 36 (SF-36) (239,240) que consta de 36 ítems organitzats en 8 dimensions:

- 1) Funció física (FF)
- 2) Limitació de la salut física (LSF)
- 3) Limitació del rol emocional (LRE)
- 4) Funció social (FS)
- 5) Dolor corporal (DC)
- 6) Vitalitat (V)
- 7) Benestar emocional (BE) o Salut Mental (SM)
- 8) Salut general (SG)

Els ítems són codificats, agregats i transformats en una escala que té un recorregut de 0 (el pitjor estat de salut) a 100 (el millor estat de salut) (241).

Existeixen dues escales més (veure taula 2) que poden derivar de les 8 escales que componen el qüestionari. Aquestes dos escales són el component sumari físic (CSF) o component físic (CF) i el component sumari mental (CSM) o component mental (CM). El CSF recull les dades relacionades amb les dimensions: funció física, limitació de la salut física, dolor corporal i salut general. El CSM s'obté de les escales salut mental, limitació del rol emocional, funció social i vitalitat (242).

SISTEMA DE MESURA ESCALA SF- 36		
ITEMS	ESCALES	RESUM DE MESURES
3a Esforços intensos 3b Esforços Moderats 3c Agafar o portar bossa compra 3d Pujar diversos pisos escales 3e Pujar un pis escales 3f Ajupir-se o agenollar-se 3g Caminar 1km o més 3h Caminar diversos centenars de m 3i Caminar 100 m 3j Banyar-se o vestir-se autònom	FUNCIÓ FÍSICA (FF)	COMPONENT SUMARI FÍSIC (CSF)
4a Temps dedicat a activitats quotidianes 4b Menys activitat de la desitjada 4c Deixar activitats quotidianes 4d Dificultat per activitats quotidianes	LIMITACIÓ SALUT FÍSICA (LSF)	
7 Presència de dolor 8 Limitació provocada per dolor	DOLOR CORPORAL	
VALORAR NUMÈRICAMENT SALUT 11a Malalt més fàcilment que altres 11b Com qualsevol 11c Crec que empitjoraré 11d Salut excel·lent	SALUT GENERAL (SG)	
9a Es va sentir vital 9e Va sentir energia 9g Va sentir-se esgotat 9i Va sentir-se cansat	VITALITAT (V)	COMPONENT SUMARI MENTAL O PSICOSOCIAL (CSM)
6 Limitació salut hàbits socials 10 Limitació salut amb el treball	LIMITACIÓ SALUT FÍSICA (LSF)	
5a Per tristot limitar act. quotidianes 5b Va fer menys del desitjat 5c Activitats menys acurades	LIMITACIÓ ROL EMOCIONAL (LRE)	
9b Sentir-se nerviós 9c Baix de moral 9d Calmat 9f Desanimat i trist 9h Feliç	SALUT MENTAL (SM)	

Taula 2. Model de mesura SF-36 (243).

5.5.2 Variables independents: Els determinants de salut i estat de salut

5.5.3 Determinants de salut

Són aquelles variables que es recullen a partir de la concepció dels determinants socials de salut i que es diferencien en proximals i distals (98).

Per tal de garantir que la interpretació tant dels determinants proximals com dels distals s'ha realitzat un seguit d'associacions (veure taula 2) entre les premisses del paradigma i les variables ha estudiar en aquest treball.

5.5.3.1 Característiques sociodemogràfiques

- *Edat* en anys.
- *Sexe*: home, dona
- *Estat civil*: Casat, viuen en parella (però no casat), solter, separat o divorciat i vidu.
- *Nivell d'estudis* (nivell màxim acadèmic assolit en el moment de l'entrevista): Es classifica als individus en: analfabet (no sap llegir ni escriure), sense estudis (no va acabar els estudis primaris), primaris, secundaris de primer grau, secundaris de segon grau i estudis universitaris.
- *Professió anterior a la jubilació*: Professional o alt càrrec administratiu, vendes o serveis, treballador/a qualificat o personal administratiu, treballador/a semiqualficat/da o no qualificat/da, granja o camp, militar, mestressa de casa, treball sense sou, altres.
- *Amb qui viu habitualment*: Sol, amb l'espòs/a, amb els fills/es, amb l'espòs/a i fills/es i altres.
- *Ingressos econòmics familiars* (Total d'ingressos que per tots els conceptes, entren a la llar mensualment): menys de 400€, entre 400€ i 600€, entre 600€ i 900€, entre 900€ i 1200€, entre 1200€ i 1800€, més de 1800€ o prefereix no contestar. En

aquest cas s'empren aquestes xifres ja que són les utilitzades per A. Salvà en l'estudi de qualitat de vida de les persones grans de Catalunya (13).

- *Zona de la ciutat amb més o menys recursos* entès com a quin CAP de referència té cada subjecte i si es tracta d'una zona més o menys rica de la ciutat.

5.5.3.2 Hàbits saludables i estils de vida

- *Consum de tabac* classificant als subjectes segons el seu consum de tabac en quatre categories no fumador (no ha fumat mai), ex - fumador (ha fumat però ara ja no fuma), fumador ocasional (fumador actual de 10 cigarrets o puros o menys al dia) i fumador habitual (fumador actual de 10 cigarrets o puros o més al dia).
- *Consum d'alcohol* segons la freqüència en el consum d'alcohol: no beu mai o en alguna ocasió, una o dos vegades al mes, una o dos vegades a la setmana, diàriament només en les menjades i diàriament entre les menjades o durant les mateixes.
- *Alimentació* segons el tipus de dieta i els productes alimentaris que consumeix l'entrevistat. S'agafen les preguntes J, K, L, M, N i O del MNA.
- *Problemes de son* considerant la qualitat del son nocturn i mesurant si el subjecte es desperta molt aviat (abans del que desitjaria), li costa molt adormir-se, dorm malament durant la nit o si es desperta moltes vegades durant la nit. *Categoria:* Es consideren 4 opcions de resposta (entre mai i sovint). Per tots els anàlisis s'utilitza la forma dicotòmica (veure més endavant, annex 4).
- *Caminar* (freqüència que camina a la setmana). Es quantifica el número de dies que caminen a la setmana. Hi ha 5 opcions de resposta que van des del *mai a 5-7 dies a la setmana*. *Categoria:* Es considera que camina si ho fa almenys de 1 a 2 dies a la setmana.
- *Pràctica d'esport* (freqüència amb la que practica algun tipus d'esport a la setmana). Es quantifica el número de dies que practiquen algun dels següents esports a la setmana: esports lleugers (bitlles,...), esports moderats (ballar,...) o

esports vigorosos (nadar, caçar, muntanyisme, pescar,...). Hi ha cinc opcions de resposta que van des de *mai a 5-7 dies a la setmana*. *Categoria*: Es considera que practica algun esport si ho fa almenys de 1 a 2 dies a la setmana.

- *Hàbit de lectura* (segons la freqüència del mateix): A diari, amb freqüència (algunes vegades a la setmana), poques vegades (menys d'alguna vegada a la setmana), mai o casi mai o no sap llegir. *Categoria*: Es considera que llegeix si ho fa més d'una vegada a la setmana.

5.5.3.3 Hàbits socials

Es mesura la xarxa social i els mecanismes psicosocials de les relacions socials. Per a fer-ho s'ha utilitzat el qüestionari de Leganés que es basa amb instruments previs adaptats a la situació espanyola (244).

A partir de les preguntes sobre relacions socials es construeixen els següents índex globals que mesuren les xarxes socials i els mecanismes psicosocials.

- *Índex de vincles familiars amb contacte (Family ties)*: Es va construir donant un punt per estar casat o amb parella, un altre per veure o parlar per telèfon almenys amb un dels fills com a mínim un cop al mes, i un altre per veure o parlar per telèfon almenys un cop al mes amb un germà, nebot o nét (família extensa). El rang de puntuació va de 0 a 3.
- *Índex d'activitats comunitàries (social participation)*: Es va construir sumant les activitats a les que l'individu acudia almenys un cop al mes incloent la pertinència a un club o associació. El seu rang de puntuació va de 0 a 4.
- *Índex de recolzament emocional rebut (social support)*: Mesura de la puntuació de les escales de recolzament emocional rebut dels fills, família extensa i cònjuge que inclou els ítems sentir-se estimat, escoltat i satisfet. En el cas dels amics es construeix un índex de recolzament emocional rebut que no inclou l'ítem de satisfacció.

- *Ús del sistema sanitari*: Es computen el nombre de vegades que el participant ha acudit: a un especialista o a un servei rehabilitació en l'últim any. També, es comptabilitzen el número de vegades que el participant ha acudit: al metge de capçalera i a l' infermeria de l'àrea bàsica de salut. *Categoria*: Pel que fa a l'ús dels *especialistes o rehabilitació* es considera que sí que l'utilitzen quan hi acudeixen 3 o més vegades a l'any. Referent al nombre de visites de *metge o infermera a la consulta* en un mes s'agrupen i es considera que l'utilitzen si han realitzat 2 o més consultes. Pel que fa a l'*atenció domiciliària* es considera si el participant ha rebut o no atenció al propi domicili.

Per tal que la tesi sigui més entenedora s'afegeix tot seguit una taula que relaciona els determinants socials de salut i les variables que intervenen en aquest estudi (taula 3).

Taula 3. Relació entre el paradigma dels determinants socials de salut i les variables que intervenen en l'estudi

Determinants socials	Variables
Ingressos i nivell social	Ingressos econòmics familiars i zona de la ciutat amb més o menys recursos
Xarxes de recolzament social	Vincles familiars amb contacte, activitats comunitàries i recolzament social rebut
Educació	Nivell d'estudis i professió anterior a la jubilació
Ocupació i condicions laborals	Professió anterior a la jubilació
Entorn psicosocial i demogràfic	Edat, estat civil, amb qui viu habitualment relacionats amb els conjunts de valors de la gent gran de Lleida
Entorn físic	Zona de la ciutat amb més o menys recursos
Estils de vida	Consum de tabac, consum d'alcohol, alimentació, problemes de son, caminar, pràctica d'exercici físic i hàbit de lectura.
Biologia humana	-
Sistema i serveis de salut	Ús del sistema sanitari: Visites a l'especialista, visites metge de capçalera, visites domiciliàries totals.
Gènere	Sexe
Cultura	Lloc d'estudi: Catalunya, Lleida

1

2

Llegenda
 1 Determinants socials proximals
 2 Determinants socials distals

5.5.4 Variables i instruments de mesura de l' estat de salut

- *Comorbiditat*: Es mesura amb l'Índex de Charlson (245) adaptat per Deyo (246) i Romano (247). Aquest índex té en compte 19 factors de comorbiditat. Assigna a cadascun d'ells un pes en funció del risc de mort. *Categoria*: La puntuació total és de 37. Es considera comorbiditat una puntuació ≥ 3 .
- *Discapacitat bàsica*: S'ha definit la discapacitat bàsica com la dificultat per a realitzar les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i per avaluar-la es va utilitzar l'Índex de Katz (248) que avalua 6 ABVD. *Categoria*: Es considera discapacitat bàsica la incapacitat per realitzar una o més activitats.
- *Estat cognitiu*: Es mesura amb el Test de Pfeiffer (249) . Consta de 10 preguntes i es tenen en compte els errors comesos. Aquesta escala inclou un factor de correcció depenent del nivell cultural de l'individu. *Categoria*: Es considera deteriorament cognitiu una puntuació de ≥ 3 errors.
- *Síntomes depressius*: Per mesurar-los s'ha utilitzat l'escala The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D scale) (250). *Categoria*: Es considera que la persona té símptomes depressius quan obté una puntuació ≥ 16 .
- *Risc de desnutrició*: S'ha valorat la desnutrició amb el Test Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) (251, 252). Consta de 6 preguntes i la màxima puntuació a la que s'arriba és 14. Enlloc de l'IMC es va usar la mesura de la circumferència del panxell (mesura alternativa que s'inclou en el MNE-SF). *Categoria*: En relació amb les puntuacions , els participants es van considerar ben nodrits ≥ 12 i amb risc de malnutrició quan la puntuació és ≤ 11 .

5.6 Recollida de dades

Es va dissenyar un qüestionari únic que incloïa les variables prèviament especificades i que fou emplenat a partir d' una entrevista personal. Els enquestadors (infermeres o estudiants d'infermeria) van ser entrenats amb la finalitat de garantir que es seguissin els mateixos procediments de recollida per a tots els participants. Es van incloure participants de totes

les ABS de Lleida. L'equip investigador s'encarregava de la coordinació i de la recollida de dades en cada zona de salut. Prèviament, es va realitzar un estudi pilot amb un total de 40 entrevistes per comprovar el grau de comprensió i eficàcia del qüestionari. Posteriorment, es van fer les modificacions pertinents.

La captura d'individus es realitzà a partir de la targeta sanitària facilitada per les àrees bàsiques de salut. A partir d'aquest moment la infermera encarregada de les trucades localitzava el participant i el citava creant també el lloc de l'entrevista: al domicili del participant o a l'escola universitària d'infermeria de Lleida. El dia abans de l'entrevista es tornava a trucar al participant per recordar la cita. En cas que un individu seleccionat aleatòriament no es trobés, no es tingués accés a ell o no desitgés participar a l'estudi, fou reemplaçat per un altre individu. D'aquesta manera es mantenia el tamany mostral establert per l'estudi de la fragilitat. Per controlar possibles biaixos de selecció es preguntava el motiu de no participació a aquells individus que finalment no feien l'entrevista.

Cada entrevista durava aproximadament seixanta minuts. Aquells individus que no es van poder localitzar o no foren identificats com a èxits es van excloure de l'estudi. Per evitar possibles pèrdues, es trucava a cada participant tres vegades en dies i hores diferents abans d'excloure – lo definitivament.

Una vegada recollides les dades en format paper, aquestes van ser gravades per al seu tractament informàtic, per això es dissenyà una base de dades específica per a aquest fi.

5.7 Anàlisi estadístic

S'ha realitzat un anàlisi descriptiu de la mostra utilitzant per les dades quantitatives les mesures de tendència central i per les dades qualitatives les mesures de distribució de freqüències. Per l'anàlisi bivariat ha estat necessari transformar les variables descriptives de resposta múltiple en variables dicotòmiques (veure annex 4). Segons la naturalesa de les variables s'ha utilitzat la t-student o Xi quadrat o els seus equivalents.

Posteriorment, s'ha realitzat un anàlisi de regressió logística múltiple, amb l'objectiu d'escollir els factors associats (determinants de salut i estat de salut) de manera independent a la mala qualitat de vida relacionada amb salut. Es van incorporar de forma

progressiva mitjançant el procediment “formardstepwise” els factors que havien donat una associació significativa amb la qualitat de vida en l’anàlisi bivariant ($p < 0,05$).

La informació s’ha introduït, revisat i analitzat mitjançant el programa SPSS v. 20. El nivell de significació acceptat en totes les anàlisis va ser de $p < 0,05$.

5.8 Consideracions ètiques

Prèviament a l’inici de l’estudi, el Comitè Ètic d’Investigació Clínica de l’Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Veure Annex 2. Informe Comitè Ètica) va informar favorablement la sol·licitud del projecte. Abans d’iniciar l’entrevista, el subjecte era informat de la finalitat i els objectius del projecte (se’ls hi explicava i entregava un full informatiu) i, posteriorment, donaven la seva conformitat a participar-hi mitjançant la signatura del consentiment informat (Veure Annex 3. Consentiment Informat). A cada format d’entrevista estava especificat un codi d’identificació i en una cartolina a part hi constaven les dades del pacient amb el mateix codi d’identificació. Només l’investigador principal podia relacionar aquestes dades, per tant, es preservava la confidencialitat dels individus participants a l’estudi. La identitat dels participants no ha estat revelada a ningú més.

RESULTATS

6 RESULTATS

6.1 Característiques de la mostra poblacional de l'estudi

6.1.1 Característiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut

Per a la correcta interpretació de dades, s'ha de tenir en compte que les sigles que apareixen de l'SF-36 són les abreviatures del nom de cada dimensió. Per exemple: Funció Física (FF), Limitació Salut Física (LSF), Dolor Corporal (DC), Salut General (SG), Limitació del Rol Emocional (LRE), Funcionament Social (FS), Vitalitat (V) i Salut Mental (SM). Aquestes sigles es mantindran al llarg de les taules de resultats, i, en la interpretació dels mateixos.

Tal i com s'observa en la taula 4, els participants gaudeixen d'una bona qualitat de vida. Les dimensions que obtenen millors puntuacions són la funció social i la limitació del rol emocional. Les pitjors puntuacions són per la vitalitat i la salut general. Els participants tenen bona salut mental i no els afecta el dolor en la qualitat de vida. La mitjana total de les 8 dimensions és de 71,53 punts sobre 100.

Taula 4. Descripció de la qualitat de vida dels participants mitjana (M) i Desviació Estàndard (DE)

FF		LSF		DC		SG		LRE		FS		V		SM	
M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
64,72	28,9	79,23	36,0	72,05	28,61	56,61	20,3	85,09	32,9	85,42	23,52	56,58	18,32	72,53	23,71

En la taula 5 s'observa que la mitjana del component sumari físic és de 72, la del mental 75 i la global de 71, 5.

Taula 5. Descripció de la qualitat de vida dels participants (M) i Desviació Estàndard (DE) mitjançant el CSF, CSM i la QVRS global

Component Sumari Físic (CSM)		Component Sumari Mental (CSM)		QVRS Global	
M	DE	M	DE	M	DE
72,08	24,68	75,00	18,44	71,53	18,86

6.1.2 Característiques dels determinants de salut

6.1.2.1 Característiques sociodemogràfiques

Tenint en compte la taula 6 es veu que la mostra total és de 640 persones, més d'un 60% són dones. La mitjana d'edat se situa en els 81,5 anys. El 50% dels participants estan casats. Un 23,3% dels participants han realitzat tasques vinculades a la llar. Pel que fa als ingressos mensuals el 25,4% reben entre 400 i 600€. Més del 60% dels participants viuen en zones amb recursos acceptables.

Taula 6. Característiques sociodemogràfiques dels participants (n) i freqüència (%) dels mateixos.

	n	%	
Edat*	81,5	5	
Sexe	Home	254	39,7
	Dona	386	60,3
Estat Civil	Solter/a	24	3,8
	Casat/da	320	50
	En parella	3	0,5
	Separat/da	7	1,1
	Vídu/a	286	44,7
Nivell Estudis	Analfabet	36	5,6
	Sense estudis	198	30,9
	Primaris	241	37,7
	Secundaris 1º grau	80	12,5
	Secundaris 2º grau	47	7,3
	Universitaris	38	5,9
Professió anterior	Professional, alt càrrec	35	5,5
	Vendes o serveis	99	15,5
	Treb. Qualificat	107	16,7
	Treb. No qualificat	91	14,2
	Granja o camp	107	16,7
	Militar	4	0,6
	Mestressa de casa	149	23,3
	Sense sou	4	0,6
	Altres	44	6,9
Convivència	Sol	163	25,8
	Espòs/a	258	40,8
	Fills/es	105	16,6
	Espòs/a o fills/es	47	7,4
	Altres	59	9,3
Ingressos econòmics	Menys de 400€	23	3,6
	Entre 400 i 600€	161	25,4
	Entre 600 i 900€	110	17,4
	Entre 900 i 1200€	107	16,9
	Entre 1200 i 1800€	85	13,4
	Més de 1800€	45	7,1
	Prefereix no contestar	101	16
Zona de la ciutat	Menys recursos	255	39,8
	Més recursos	385	60,2

*Mitjana i desviació estàndard

6.1.2.2 Hàbits saludables i estils de vida dels participants

Segons la taula 7 un 70% dels participants en l'estudi no ha fumat mai. Pel que fa al consum d'alcohol les xifres d'aquells que no beuen mai se situen en un 65,4%. Un 71,6% dels entrevistats refereix no descansar prou. Pel que fa a l'exercici físic, 505 persones del total caminen almenys una vegada a la setmana.

Taula 7. Descripció dels hàbits saludables i estils de vida dels participants (n) i freqüència (%) dels mateixos

		n	%
Consum tabac	No fumador	440	68,8
	Ex fumador	168	26,3
	Fumador ocasional	12	1,9
	Fumador habitual	20	3,1
Consum alcohol	No beu mai	418	65,4
	Una o dos v. / mes	42	6,6
	Una o dos v. / setmana	40	6,3
	Diari, en menjades	128	20
	Diari menjades i sense	11	1,7
Alimentació	Bona	393	61,4
	Dolenta	244	38,1
Problemes son	No	180	28,4
	Sí	454	71,6
Camina hab.	Sí	505	78,9
	No	135	21,1
Esport	Sí	88	13,8
	No	552	86,3
Llegeix	Sí	374	41,6
	No	266	58,4

6.1.2.3 Hàbits socials i utilització dels serveis sanitaris dels participants

Tal i com s'observa en la taula 8 més del 90% dels participants està satisfet amb els seus vincles familiars. Un 45% dels participants participa d'alguna activitat comunitària. Més del 40% dels participants rep un bon suport emocional. 517 persones han acudit més de tres cops a l'especialista durant l'últim any. Quasi tots han rebut alguna visita domiciliària per l'equip d'atenció primària. Quasi un 70% dels subjectes acudeix dos o més cops al CAP al mes.

Taula 8. Descripció dels hàbits socials i utilització dels serveis sanitaris dels participants (n) i freqüència (%) dels mateixos

		n	%
Vincles familiars	Bastant/ Molt	601	93,9
	Res/ poc	39	6,1
Activitats comunitàries	Sí	286	44,7
	No	345	53,9
Recolzament emocional	Sí	281	43,9
	No	51	8,0
3 o més visites especialista	Sí	517	80,8
	No	111	17,3
Serveis domiciliaris en un mes	Sí	610	95,3
	No	21	3,3
Utilització CAP 2 o més cops mes	Sí	441	68,9
	No	187	29,2

6.1.3 Característiques de l'estat de salut

Tal i com mostra la taula 9, l'estat de salut general dels participants és satisfactori. Més del 83% conserven la memòria, un 77% són totalment independents per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària. Només un 21% pateix comorbiditat. L'estat nutricional és satisfactori, només un 21,3 de la població ha manifestat algun risc.

Taula 9. Descripció de l'estat de salut dels participants (n) i freqüència (%) dels mateixos

		n	%
Comorbiditat	No	507	79,2
	Sí	133	20,8
Discapacitat	No	497	77,7
	Sí	143	22,3
Estat cognitiu	Sense deteriorament	533	83,3
	Amb deteriorament	107	16,7
Síntomes Depressius	No	354	66,9
	Sí	175	33,1
Risc de desnutrició	Sense risc	484	78,7
	Amb risc	131	21,3

6.2 Associació entre els determinants de salut i la qualitat de vida relacionada amb salut

6.2.1. Associació entre les característiques sociodemogràfiques i la qualitat de vida relacionada amb salut.

S'ha de tenir en compte que les taules apareixeran agrupant per una banda les dimensions físiques per una altra, les mentals, i, finalment es fa un component sumari físic (CSF), un component sumari mental (CSM) i uns resultats globals tenint en compte els dos components sumaris. Els components sumaris són els càlculs agrupats de cadascuna de les dimensions tenint en compte si són físiques o mentals.

Dimensions físiques:

La taula 10 mostra que els participants menors de 85 anys obtenen millors puntuacions en les següents dimensions: Limitació de la salut física i de la funció física. Les dones obtenen pitjors resultats en totes les dimensions essent màximament significatives la funció física i el dolor corporal. No tenir parella afecta negativament a les següents dimensions: Funció física i dolor corporal. Tenir un nivell d'estudis baix altera negativament la percepció del dolor. Tenir menys poder adquisitiu influeix les següents dimensions de forma negativa la funció física i el dolor corporal. Les persones que han tingut llocs de treball molt qualificats han obtingut millors puntuacions per la funció física. Viure amb una zona amb més recursos a Lleida afecta positivament a la percepció de la funció física, la limitació de la salut física, el dolor corporal i la salut general.

Taula 10. Relació entre les característiques sociodemogràfiques i les dimensions físiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		FUNCIÓ FÍSICA			LIMITACIÓ SALUT FÍSICA			DOLOR CORPORAL			SALUT GENERAL		
		M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p
Edat	< 85 a	69,02	26,33	<0,001	81,43	34,02	0,01	73,18	28,05	NS	56,48	20,47	NS
	> 85 a	48,50	32,38		70,97	41,34		67,84	30,36		57,12	19,70	
Sexe	Home	71,54	26,96	<0,001	84,63	30,87	0,003	80,34	24,69	<0,001	58,70	19,54	0,04
	Dona	59,91	29,32		75,45	38,64		66,41	29,74		55,17	20,71	
Estat civil	Parella	68,75	27,28	0,001	81,90	34,11	NS	74,43	28,29	0,04	57,23	20,01	NS
	S/ parella	60,43	30,02		76,38	37,58		69,53	28,79		55,97	20,61	
Nivell estudis	Estudis	65,66	28,52	NS	82,55	32,80	0,003	75,82	27,01	<0,001	57,85	19,58	0,05
	S/ estudis	62,97	29,63		73,10	40,40		65,13	30,22		54,34	21,42	
Professió	Quali.	68,14	27,19	0,02	81,96	34,12	NS	79,13	24,78	<0,001	57,70	19,73	NS
	No quali.	61,89	30,50		76,00	38,07		67,33	30,69		55,17	21,20	
Conviure	Comp.	64,46	29,89	NS	79,98	35,20	NS	72,29	28,63	NS	56,54	20,00	NS
	Sol	65,42	26,28		77,27	37,74		71,42	28,66		56,81	21,14	
Ingressos	> 900 €	68,43	27,52	0,03	82,04	33,43	NS	76,02	27,75	0,001	57,02	19,71	NS
	< 900 €	62,60	29,71		76,05	38,72		66,79	29,48		56,18	21,51	
Zona ciutat	+recursos	68,77	26,45	<0,001	82,78	32,78	<0,001	74,71	26,68	0,001	58,10	20,19	0,01
	-recursos	55,24	32,14		71,01	41,22		66,01	31,85		53,18	20,18	

Dimensions mentals:

La taula 11 mostra que l'edat afecta negativament a la dimensió limitació del rol emocional. El fet de ser dona influeix negativament en totes les dimensions del sumari mental de l'SF-36. Per tant, ser dona afecta negativament a la qualitat de vida relacionada amb salut. No tenir parella disminueix la vitalitat i la salut general dels participants. Tenir una bona posició laboral afecta positivament totes les dimensions mentals de la QVRS.

Taula 11. Relació entre les característiques sociodemogràfiques i les dimensions mentals de la qualitat de vida relacionada amb la salut : Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		LIMITACIÓ ROL EMOCIONAL			FUNCIONAMENT SOCIAL			VITALITAT			SALUT GENERAL		
		M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p
Edat	< 85 a	86,50	31,77	0,049	86,25	22,28	NS	57,10	18,18	NS	72,61	24,29	NS
	> 85 a	79,71	36,86		82,24	27,72		54,62	18,80		72,24	21,44	
Sexe	Home	89,13	28,26	0,015	89,98	19,11	<0,001	60,09	16,75	<0,001	79,25	20,32	<0,001
	Dona	82,26	35,68		82,28	25,71		54,12	18,99		67,87	24,76	
	Parella	87,04	31,75		87,11	22,01		58,13	17,64		75,23	23,02	
Estat civil	S/ parella	83,02	34,15	NS	83,63	24,97	NS	54,93	18,91	0,038	69,72	24,10	0,006
	Estudis	88,67	28,46		88,09	20,92		58,22	17,43		76,20	21,85	
Nivell estudis	S/ estudis	78,46	39,22	<0,001	80,58	27,03	<0,001	53,55	19,55	0,004	65,84	25,46	<0,001
	Quali.	89,60	27,60		88,31	20,19		58,70	17,33		77,06	18,96	
Professió	No quali.	81,48	36,83	0,006	82,17	26,30	0,004	55,12	18,33	0,025	69,50	25,67	<0,001
	Comp.	85,48	32,68		85,60	23,54		57,53	17,84		73,83	23,46	
Conviure	Sol	84,10	33,79	NS	84,97	23,58	NS	54,05	19,38	0,045	69,14	24,04	0,0036
	> 900 €	86,48	31,05		87,02	22,77		57,39	17,99		76,38	21,58	
Ingressos	< 900 €	81,79	36,49	NS	82,23	25,78	0,035	55,67	18,90	NS	69,00	25,31	0,001
	+recursos	89,37	28,04		88,57	20,39		58,90	16,70		74,32	23,10	
Zona de la ciutat	-recursos	75,20	40,62	<0,001	78,31	28,22	<0,001	51,21	20,69	<0,001	68,42	24,59	0,007

Components sumaris i globals:

Segons s'observa en la taula 12, tenir més edat afecta negativament el CSF i la QVRS global. El nivell d'estudis alt afecta positivament als dos components sumaris i a la puntuació global de la QV. Una bona posició laboral implica gaudir de millor component sumari mental i afecta positivament als resultats globals de la percepció de la qualitat de vida. Els baixos ingressos econòmics tenen un efecte perjudicial en els dos components sumaris i la puntuació global de la QVRS. Disposar de més recursos afecta positivament el component sumari físic, el mental i els resultats globals en la qualitat de vida relacionada amb salut.

Taula 12. Relació entre les característiques sociodemogràfiques i els components sumari físic, mental i QV global dels participants: Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		CSF			CSM			TOTAL GLOBAL		
		M	DE	P	M	DE	P	M	DE	P
Edat	< 85 anys	74,67	23,23	<0,001	75,74	18,04	NS	72,85	18,28	0,003
	> 85 anys	62,60	27,48		72,10	19,77		66,89	20,32	
Sexe	Home	78,72	21,79	<0,001	79,59	15,20	<0,001	76,51	16,44	<0,001
	Dona	67,50	25,54		71,79	19,81		68,23	19,69	
Estat civil	Parella	74,93	23,78	0,01	77,03	17,55	0,01	73,67	18,24	0,01
	S/ parella	68,99	25,31		72,81	19,15		69,37	19,29	
Nivell estudis	Estudis	74,76	23,10	0,001	78,04	16,29	<0,001	74,43	17,21	<0,001
	S/ estudis	67,11	26,75		69,52	20,75		66,48	20,62	
Professió	Quali.	76,49	22,39	NS	78,52	14,76	0,01	75,19	15,94	0,02
	No quali.	68,44	26,45		72,08	20,41		68,53	20,66	
Ingressos	> 900 €	75,46	24,00	0,003	77,01	17,39	0,01	73,83	18,08	0,01
	< 900 €	68,58	25,92		72,10	20,31		68,73	20,63	
Conviure	Comp.	72,37	24,88	NS	75,75	18,55	NS	72,05	19,13	NS
	Sol	71,34	24,24		73,02	18,08		70,46	18,16	
Zona de la ciutat	+recursos	75,51	22,01	<0,001	78,05	15,92	<0,001	74,62	16,44	<0,001
	-recursos	64,23	28,47		68,17	21,66		64,90	21,98	

6.2.2 Associació entre els hàbits saludables i estils de vida i la qualitat de vida relacionada amb salut

Dimensions físiques:

Tal i com mostra la taula 13, els subjectes que fumen i beuen tenen millor percepció de la dimensió salut física i dolor corporal. Pel que fa als problemes de son afecten negativament a totes les dimensions físiques de l'SF-36: Funció física, limitació de la salut física, dolor corporal i salut general. Caminar o practicar algun tipus d'esport afecta positivament les dimensions físiques de l' SF-36. Aquelles persones que tenen un hàbit de lectura perceben millor funció física, dolor corporal i salut general.

Taula 13. Relació entre els hàbits saludables i estils de vida i les dimensions físiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		FUNCIÓ FÍSICA			LIMITACIÓ SALUT FÍSICA			DOLOR CORPORAL			SALUT GENERAL		
		M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p
C. tabac	No	63,83	29,13	0,002	78,67	36,32	NS	70,93	28,84	<0,001	56,23	20,53	NS
	Sí	81,03	18,44		89,17	26,00		91,67	13,85		63,79	13,93	
C. alcohol	No	61,84	29,42	<0,001	78,41	36,65	NS	70,23	29,12	0,027	56,29	20,80	NS
	Sí	71,05	26,73		80,96	34,26		76,05	27,08		57,46	19,15	
Alimentació	Bona	68,80	26,88	<0,001	81,60	34,76	0,028	73,50	27,82	NS	58,14	20,29	0,018
	Mala	57,22	31,14		74,62	37,74		69,44	29,91		53,89	20,22	
P. son	No	69,74	26,68	0,014	85,20	32,47	0,018	83,40	23,28	<0,001	62,29	18,00	<0,001
	Sí	62,97	29,57		77,17	36,69		68,08	29,23		54,46	20,77	
Caminar	Sí	69,24	25,81	<0,001	83,80	31,97	<0,001	75,19	26,00	<0,001	58,26	19,79	<0,001
	No	42,68	33,00		56,84	44,88		56,82	35,25		48,53	20,96	
Esport	Sí	80,18	20,78	<0,001	92,06	21,20	<0,001	80,45	25,02	0,003	61,71	19,06	0,012
	No	61,95	29,31		76,94	37,49		70,56	28,98		55,71	20,40	
Lectura	Sí	68,86	26,02	<0,001	81,94	33,69	0,001	74,41	26,97	<0,001	58,88	18,74	<0,001
	No	51,12	33,54		70,16	41,35		64,31	32,36		48,99	23,35	

Dimensions mentals:

Tenint en compte la taula 14, els participants que fumen obtenen millors resultats en les dimensions mentals de funcionament social i salut general. Els que beuen refereixen millors percepcions en el funcionament social i la vitalitat. Aquelles persones que cuiden la seva alimentació gaudeixen de millors resultats per a totes les dimensions mentals. Les persones amb problemes del son obtenen puntuacions més baixes en les següents dimensions: Limitació del rol emocional, funcionament social, vitalitat i salut general. L'esport afecta de forma positiva tres de les quatre dimensions mentals.

Taula 14. Relació entre els hàbits saludables i estils de vida i les dimensions mentals de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		LIMITACIÓ ROL EMOCIONAL			FUNCIONAMENT SOCIAL			VITALITAT			SALUT MENTAL		
		M	DE	p	M	DE	P	M	DE	p	M	DE	p
C. tabac	No	84,56	33,44	NS	84,93	23,85	0,035	56,37	18,48	NS	71,99	23,85	0,024
	Sí	95,24	19,70		94,40	14,01		60,33	14,91		82,00	18,61	
C. alcohol	No	84,16	34,28	NS	83,56	24,60	0,006	55,25	18,76	0,01	71,31	24,14	NS
	Sí	87,13	29,87		89,56	20,43		59,59	17,01		75,20	22,53	
Alimentació	Bona	87,11	31,14	0,044	86,94	22,01	0,037	58,42	18,17	0,002	74,61	22,39	0,005
	Mala	81,22	35,99		82,56	26,02		53,34	18,27		68,75	25,52	
P. son	No	90,20	27,54	0,029	89,58	18,74	0,012	59,48	14,65	0,02	80,26	18,43	<0,001
	Sí	83,42	34,35		83,96	24,80		55,44	19,48		69,50	24,89	
Caminar	Sí	88,77	28,32	<0,001	88,81	19,61	<0,001	57,90	17,75	<0,001	74,45	22,04	<0,001
	No	67,02	45,98		69,27	32,49		50,11	19,73		63,16	28,87	
Esport	Sí	92,94	24,18	0,017	89,76	18,53	NS	62,00	16,00	0,003	77,81	21,31	0,027
	No	83,69	34,14		84,67	24,24		55,61	18,55		71,60	23,99	
Hàbit lectura	Sí	88,03	29,48	<0,001	87,82	20,47	<0,001	58,64	17,49	<0,001	76,52	20,26	<0,001
	No	75,26	41,25		77,44	30,42		49,77	19,40		59,35	28,97	

Components sumaris i globals:

La taula 15 mostra que els participants que fumen i beuen perceben millor qualitat de vida relacionada amb salut. Cuidar l'alimentació afecta positivament al component sumari físic, al mental i al total global. Descansar de forma adequada està relacionat amb millors puntuacions en tots dos components i el total global de la QVRS. L'esport afecta positivament els dos sumaris i als resultats global de la QV.

Taula 15. Relació entre els hàbits saludables i estils de vida i el component sumari físic, mental i QVRS global dels participants: Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		CSF			CSM			TOTAL GLOBAL		
		M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p
C. tabac	No	71,24	24,87	0,001	74,57	18,58	0,02	71,04	18,98	0,002
	Sí	87,07	14,60		83,28	13,38		83,01	11,57	
C. alcohol	No	70,36	25,20	0,018	73,72	18,72	0,02	70,36	19,19	0,03
	Sí	75,79	23,11		77,77	17,59		74,31	17,89	
Alimentació	Bona	74,86	23,70	<0,001	76,72	17,26	0,003	73,61	18,00	0,001
	Mala	66,86	25,79		71,77	20,20		67,83	19,97	
P. son	No	79,84	21,56	<0,001	79,67	15,38	<0,001	77,60	15,93	<0,001
	Sí	69,42	25,16		73,27	19,20		69,47	19,41	
Caminar	Sí	76,10	21,47	<0,001	77,49	15,84	<0,001	74,48	16,19	<0,001
	No	52,54	29,65		71,24	24,87		74,57	18,58	
Esport	Sí	84,30	16,83	<0,001	87,07	14,60	0,003	83,28	13,38	<0,001
	No	69,86	25,24		70,36	25,20		73,72	18,72	
Hàbit lectura	Sí	75,25	22,41	<0,001	75,79	23,11	<0,001	77,77	17,59	<0,001
	No	61,74	28,73		79,84	21,56		79,67	15,38	

6.2.3 Associació entre els hàbits socials dels participants i utilització dels serveis sanitaris i la qualitat de vida relacionada amb la salut

Dimensions físiques:

Gaudir de bons vincles familiars afecta positivament a les dimensions: Funció física i limitació de la salut física. Realitzar activitats comunitàries beneficia la funció física i la salut general dels participants. Tenir un recolzament emocional adequat només afecta de forma positiva a la funció física. Acudir a l'especialista tres o més cops l'any repercuteix en millors puntuacions en totes les dimensions físiques de l'SF-36. Els participants que es gaudeixen d'una atenció domiciliària o utilitzen els serveis sanitaris del CAP amb freqüència obtenen millors puntuacions en les següents dimensions: FF, LSF i SG (Veure taula 16).

Taula 16. Relació entre els hàbits socials i les dimensions físiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		FUNCIO FÍSICA			LIMITACIÓ SALUT FÍSICA			DOLOR CORPORAL			SALUT GENERAL		
		M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p
V. família	Força	65,54	28,25	<0,001	80,16	35,17	0,001	72,27	28,31	NS	56,64	20,22	NS
	Pocs	41,58	37,75		51,39	46,55		65,92	36,52		56,05	23,13	
Act. Com.	Sí	69,54	25,24	<0,001	82,13	33,15	NS	73,72	27,49	NS	58,55	21,05	0,029
	No	60,02	31,41		76,67	38,11		70,22	29,84		54,77	19,54	
R. emocio	Sí	65,56	28,09	0,026	76,61	36,38	NS	71,79	28,52	NS	57,10	19,78	NS
	No	55,61	31,67		78,65	38,24		71,94	29,88		51,22	18,70	
Especial	Sí	66,72	28,69	0,005	80,65	34,98	0,01	74,21	27,49	<0,001	59,10	19,71	<0,001
	No	57,68	28,63		70,45	40,15		62,99	31,17		45,77	19,89	
Domicili	Sí	65,43	28,47	<0,001	79,85	35,27	0,001	72,34	28,52	0,043	56,82	20,36	NS
	No	31,67	32,98		45,83	49,81		55,42	34,09		46,67	20,38	
Ús CAP	Sí	67,35	28,30	0,002	81,38	34,29	0,02	73,37	27,71	NS	57,85	20,15	0,03
	No	58,73	29,43		73,54	39,11		68,94	30,55		53,71	20,62	

Dimensions mentals:

Tal i com s'observa en la taula 17, disposar de vincles familiars adequats afecta de forma positiva les següents dimensions: Limitació del rol emocional, funció social i salut mental. Aquells participants que realitzen activitats comunitàries tenen millors puntuacions en la limitació del rol emocional i el funcionament social. Acudir als serveis de l' ABS amb freqüència afecta de forma positiva a la limitació del rol emocional i el funcionament social.

Taula 17. Relació entre els hàbits socials i les dimensions mentals de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		LIMITACIÓ ROL EMOCIONAL			FUNCIÓ SOCIAL			VITALITAT			SALUT MENTAL		
		M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p
V. família	Força	85,75	32,35	0,013	86,10	22,67	<0,001	56,85	18,33	NS	73,24	23,24	<0,001
	Pocs	66,67	44,44		66,45	46,55		48,95	16,71		52,42	28,03	
Act. Com.	Sí	88,27	29,00	0,039	87,78	33,15	0,035	58,15	17,91	NS	72,64	23,03	NS
	No	82,50	35,80		83,59	38,11		55,16	18,80		72,28	24,55	
R. emoció	Sí	84,42	33,44	NS	85,51	36,38	NS	55,25	18,00	NS	73,04	21,73	<0,001
	No	76,39	40,66		80,10	38,24		51,84	20,78		56,16	28,30	
Especial.	Sí	86,04	32,17	NS	86,08	34,98	NS	58,61	17,44	<0,001	73,28	23,55	NS
	no	79,04	37,37		82,55	40,15		47,78	20,10		69,09	24,99	
Domicili	Sí	85,85	32,04	<0,001	85,77	35,27	0,02	56,54	18,41	NS	72,54	23,63	NS
	no	50,00	52,22		69,79	49,81		51,67	15,72		66,00	29,62	
Ús CAP	Sí	87,70	30,37	0,004	87,18	34,29	0,004	56,81	18,98	NS	73,13	22,90	NS
	no	78,65	37,78		80,76	39,11		55,65	16,79		70,94	25,47	

Components sumaris i globals:

Disposar de bons vincles familiars i les activitats comunitàries tenen un efecte positiu en els dos components sumaris i també en els totals globals de la QVRS. El recolzament emocional rebut adequat afecta de forma positiva les dimensions mentals i globals de la QV. L'ús de tots els serveis sanitaris (domiciliari, CAP i especialistes) afecta de forma positiva el component sumari físic, el mental i també els resultats globals (veure taula 18).

Taula 18. Relació entre els hàbits socials i els components sumari físic, mental i QV global: Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		CSF			CSM			TOTAL GLOBAL		
		M	DE	P	M	DE	P	M	DE	P
V. família	Força	72,77	24,12	<0,001	75,60	17,81	<0,001	72,18	18,29	<0,001
	Pocs	52,08	32,55		58,62	26,99		55,49	26,87	
Act. Com.	Sí	75,33	21,54	0,003	76,92	16,36	0,025	74,00	16,49	0,005
	No	68,94	27,04		73,36	19,91		69,39	20,60	
R. emoció	Sí	71,47	24,67	NS	74,64	18,05	0,004	71,26	18,81	0,049
	No	68,54	25,72		66,05	22,92		65,25	21,22	
Especial.	Sí	73,94	24,25	<0,001	76,09	18,15	0,002	73,16	18,52	<0,001
	no	63,76	25,81		69,69	19,72		64,40	19,61	
Domicili	Sí	72,64	24,17	<0,001	75,28	18,08	0,003	72,01	18,42	<0,001
	no	44,31	32,82		59,36	27,19		52,13	27,37	
Ús CAP	Sí	74,16	23,40	0,003	76,41	17,10	0,005	73,33	17,36	0,001
	no	67,12	26,85		71,38	21,06		67,44	21,50	

6.3 Relació entre l'estat de salut dels participants i la qualitat de vida relacionada amb salut.

Dimensions físiques:

Segons la taula 19, la comorbiditat afecta negativament a totes les dimensions físiques de l'SF-36 menys a la percepció del dolor corporal. La discapacitat bàsica afecta negativament a totes les dimensions físiques. El deteriorament cognitiu empitjora els resultats de la funció física i la salut general. Els símptomes depressius afecten de forma negativa la percepció física de l'individu en: la funció física, la limitació de la salut física, el dolor corporal i la salut general.

Taula 19. Relació entre l'estat de salut i les dimensions físiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		FUNCIO FÍSICA			LIMITACIÓ SALUT FÍSICA			DOLOR CORPORAL			SALUT GENERAL		
		M	DE	p	M	DE	P	M	DE	p	M	DE	p
Comorbiditat	No	67,31	27,96	<0,001	80,99	34,51	0,016	72,90	28,34	NS	58,86	19,29	<0,001
	Sí	53,83	30,44		71,70	40,69		68,34	29,64		47,18	21,76	
Discapacitat	No	70,52	24,58	<0,001	82,81	32,73	<0,001	74,76	27,01	<0,001	58,76	19,52	<0,001
	Sí	37,16	32,03		62,11	44,65		59,09	32,46		46,43	20,92	
A. cognitiu	No	66,20	28,54	<0,001	79,54	35,65	NS	72,38	28,66	NS	57,26	20,05	0,004
	Sí	44,47	26,58		75,00	39,42		67,50	27,97		47,43	21,91	
S. depressius	No	71,25	25,83	<0,001	88,04	27,30	<0,001	78,83	24,13	<0,001	61,80	18,17	<0,001
	Sí	51,80	30,13		59,91	43,99		58,56	32,05		46,29	20,75	
R. desnutrició	No	68,11	26,99	<0,001	84,67	31,00	<0,001	74,71	26,73	<0,001	58,69	19,45	<0,001
	Sí	51,63	31,10		53,23	45,03		58,52	33,41		45,92	20,55	

Dimensions mentals:

La discapacitat bàsica afecta negativament les següents dimensions: limitació del rol emocional, vitalitat i funcionament social. Els símptomes depressius alteren de forma negativa la limitació rol emocional, la vitalitat, la salut mental i el funcionament social. Les persones sense risc de desnutrició obtenen millors puntuacions en les dimensions psicosocials que els participants amb risc (veure taula 20).

Taula 20. Relació entre l'estat de salut i les dimensions mentals de la qualitat de vida relacionada amb la salut: Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		LIMITACIÓ ROL EMOCIONAL			FUNCIONAMENT SOCIAL			VITALITAT			SALUT GENERAL		
		M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p
Comorb.	No	86,03	32,27	NS	86,62	22,40	0,013	57,63	17,75	0,005	72,64	23,90	NS
	Sí	81,13	35,64		80,22	27,48		52,15	20,05		72,08	22,92	
Discapaci.	No	87,97	29,69	<0,001	87,96	21,27	<0,001	58,56	17,46	<0,001	73,90	22,72	0,003
	Sí	71,48	43,03		73,31	29,45		47,11	19,46		65,98	27,06	
A. cognitiu	No	85,61	32,40	NS	85,96	23,09	0,048	57,13	18,17	0,007	73,14	23,49	0,025
	Sí	78,07	39,73		78,04	28,32		48,78	18,94		64,21	25,19	
S. depre	No	92,87	22,43	<0,001	90,69	18,10	<0,001	60,86	16,63	<0,001	82,04	15,93	<0,001
	Sí	68,59	44,13		73,25	29,71		47,49	18,30		52,28	23,88	
R. Desnu.	No	89,72	27,43	<0,001	88,53	19,72	<0,001	58,73	17,50	<0,001	75,32	21,87	<0,001
	Sí	62,96	45,65		70,92	32,79		46,63	19,17		58,20	26,56	

Components sumaris i globals:

Segons la taula 21, la comorbiditat afecta de manera negativa el component sumari físic i el total global de la QVRS dels participants. La discapacitat bàsica, les alteracions cognitives, els símptomes depressius i el risc de desnutrició afecten de manera negativa els dos components sumaris i els resultats globals totals de la QV.

Taula 21. Relació entre l'estat de salut dels participants i component sumari físic, mental i la QV global: Mitjana (M) i desviació estàndard (DE)

		COMPONENT FÍSIC			COMPONENT PSICOSOCIAL			TOTAL GLOBAL		
		M	DE	p	M	DE	p	M	DE	p
Comorbiditat	No	73,76	24,19	0,001	75,64	18,50	NS	72,79	18,66	0,002
	Sí	64,71	25,60		72,16	18,01		66,30	18,92	
Discapacitat	No	76,06	21,72	<0,001	77,10	16,75	<0,001	74,39	16,66	<0,001
	Sí	52,98	28,94		65,03	22,56		58,22	22,81	
A cognitiu	No	72,81	24,62	0,01	75,45	18,22	0,03	72,12	18,78	0,02
	Sí	62,32	23,77		68,68	20,54		64,39	18,75	
S. depressius	No	79,58	18,98	<0,001	81,57	12,53	<0,001	78,35	13,52	<0,001
	Sí	56,74	28,26		60,79	21,08		57,60	21,05	
R. desnutrició	No	75,95	21,53	<0,001	77,98	15,65	<0,001	74,68	16,19	<0,001
	Sí	54,82	29,89		60,00	23,00		56,42	22,96	

6.4 Regressió logística.

S'ha realitzat una anàlisi de regressió logística múltiple prenent com a variable depenent la qualitat de vida relacionada amb la salut en el seu Component Sumari Físic (CSF), el Mental (CSM) i global, i, com a variables independents els diferents determinants de salut i problemes de salut que havien donat significatiu a l'anàlisi bivariant. S'han construït els models successius introduint les variables de control per blocs de la següent manera:

- El model 1 està constituït per les variables independents sociodemogràfiques
- El model 2 se –li han introduït els determinants de hàbits de salut i estils de vida.
- Al model 3 se –li han afegit els determinants d'hàbits socials i d'utilització dels serveis sanitaris
- Finalment, al model 4 se – li han afegit les variables de l'estat de salut.

Aquesta introducció per passos ha permès analitzar l'efecte que tenen els diferents determinants de salut sobre la qualitat de vida i si aquest efecte actua a través d'altres variables o directament.

6.4.1. Regressió logística dels factors associats a la qualitat de vida relacionada amb la salut en el seu component físic.

Pel que fa al CSF de la qualitat de vida, (taula 22) s'ha de destacar que els determinants de salut sociodemogràfics: sexe, edat, nivell d'estudis i zona de la ciutat han obtingut significació en el primer model. En el segon model, a l'introduir els hàbits de salut, totes les variables sociodemogràfiques es mantenen menys el nivell d'estudis. En el tercer model, a l'introduir la utilització dels serveis sanitaris, totes les variables descrites segueixen mantenint la seva significació estadística. Després d'ajustar per l'estat de salut en el quart model han perdut la seva significació els determinants de salut zona de la ciutat i hàbit de lectura. Això, pot indicar que aquestes variables actuen sobre la qualitat de vida en el seu CSF a través d'altres determinants de salut i no sobre l'estat de salut en si mateix. En el model final les variables més influents en la qualitat de vida en el seu component sumari físic (CSF), van ser: *sexe, problemes de son, caminar, exercici físic, visites a l'especialista i al metge de capçalera, discapacitat bàsica, símptomes depressius i risc de desnutrició.*

Taula 22. Models de la regressió logística múltiple de variables associades amb puntuacions de qualitat de vida en el seu component sumari físic (CSF)

	Variables independents	Coefficient β	EE de β	p
Model 1	<i>Variables sociodemogràfiques</i>			
	Sexe	-11,714	-4,170	<0,001
	Edat	-11,256	-3,555	<0,001
	Nivell estudis	-5,971	-2,286	0,02
	Zona de la ciutat	-10,608	-3,940	<0,001
Model 2	<i>Variables introduïde: hàbits de salut</i>			
	Sexe	-11,291	-4,416	<0,001
	Edat	-6,990	-2,407	0,01
	Zona de la ciutat	-6,105	-2,453	0,01
	Problemes de son	-9,955	-3,865	<0,001
	Exercici físic	-13,961	-4,454	<0,001
	Caminar	-16,469	-5,429	<0,001
	Lectura	-7,824	-2,880	0,004
Model 3	<i>Variable introduïdes: us dels serveis sanitaris</i>			
	Sexe	-11,813	-4,726	<0,001
	Edat	-6,549	-2,288	0,02
	Zona de la ciutat	-6,254	-2,491	0,01
	Problemes de son	-9,042	-3,569	<0,001
	Exercici físic	-12,594	-4,054	<0,001
	Caminar	-15,529	-5,228	<0,001
	Lectura	-6,906	-2,596	0,01
	Especialista	-11,135	-3,911	<0,001
	Metge capçalera	-5,775	-2,395	0,01
Model 4	<i>Variables introduïdes: estat de salut</i>			
	Sexe	-8,953	-3,836	<0,001
	Problemes de son	-7,453	-3,171	0,002
	Exercici físic	-10,261	-3,541	<0,001
	Caminar	-10,353	-3,670	<0,001
	Especialista	-8,496	-3,122	0,002
	Metge capçalera	-4,842	-2,169	0,03
	Discapacitat bàsica	-10,014	-3,364	,001
Síntomes depressius	-13,539	-5,887	<0,001	
	Estat nutricional	-10,635	-3,733	<0,001

6.4.2 Regressió logística dels factors associats a la qualitat de vida relacionada amb la salut en el seu component mental.

Pel que fa al CSM de la qualitat de vida (taula 23), els determinants de salut sociodemogràfics: gènere, nivell d'estudis, professió i zona de la ciutat han obtingut significació en el primer model. Tots ells han mantingut la significació en el segon, menys la professió. També ho han fet els hàbits de salut a excepció de l'alimentació. I, en el tercer model juntament amb la visita a l'especialista i la utilització dels serveis del CAP. Després d'ajustar per l'estat de salut, en el quart model, han perdut la seva significació el nivell d'estudis i la pràctica d'exercici físic indicant possiblement que aquestes variables actuen sobre la qualitat de vida en el seu CSM a través d'altres determinants i no sobre l'estat de salut. En el model final les variables més influents en la qualitat de vida en el seu component sumari mental (CSM), a més dels *determinants de salut gènere, zona de la ciutat amb més o menys recursos, problemes de son, caminar, hàbit de lectura i visita a l'especialista també hi ha influït els problemes de salut símptomes depressius i risc de desnutrició.*

Taula 23. Models de la regressió logística múltiple de variables associades amb puntuacions de qualitat de vida en el seu component sumari mental (CSM)

	Variables independents	Coefficient β	EE de β	P
	<i>Variables introduïdes sociodemogràfiques</i>			
Model 1	Sexe	-7,111	-0,180	0,001
	Nivell estudis	-6,554	-0,167	0,001
	Professió	-4,303	-0,110	0,03
	Zona de la ciutat	-9,827	-0,243	<0,001
	<i>Variables introduïdes hàbits de salut</i>			
Model 2	Sexe	-7,217	-0,183	<0,001
	Nivell Estudis	-5,172	-0,132	0,006
	Zona de la ciutat	-6,454	-0,160	0,001
	Problemes de son	-5,715	-0,133	0,004
	Exercici físic	-4,814	-0,090	0,04
	Caminar	-10,771	-0,217	<0,001
	Lectura	-7,925	-0,178	<0,001
	<i>Variables introduïdes hàbits socials i utilització recursos sanitaris</i>			
Model 3	Sexe	-7,67	-0,194	<0,001
	Nivell estudis	-5,002	-0,128	0,007
	Zona de la ciutat	-6,971	-0,172	<0,001
	Problemes de son	-5,257	-0,122	0,008
	Caminar	-9,904	-0,199	<0,001
	Lectura	-7,131	-0,160	0,001
	Suport emocional	-8,54	-0,091	0,04
	3 visites especialista	-8,088	-0,162	<0,001
	<i>Variables introduïdes estat de salut</i>			
Model 4	Sexe	-5,714	-0,145	0,001
	Zona de la ciutat	-4,853	-0,120	0,006
	Problemes de son	-3,77	-0,087	0,03
	Caminar	-5,858	-0,118	0,006
	Lectura	-5,278	-0,118	0,006
	Visites especialista	-6,883	-0,138	0,001
	Síntomes depressius	-13,025	-0,324	<0,001
	Risc de desnutrició	-10,442	-0,206	<0,001

6.4.3 Regressió logística dels factors associats a la qualitat de vida relacionada amb la salut en els seus resultats globals

Per últim, tal com mostra la taula 24, els determinants de salut sociodemogràfics: gènere, nivell d'estudis, professió i zona de la ciutat han obtingut significació en el primer model i han mantingut la significació en el segon menys la professió juntament amb tots els hàbits de salut menys l'alimentació i en el tercer model amb les visites a l'especialista i la utilització dels serveis del CAP. Després d'ajustar per l'estat de salut en el quart model, ha perdut la seva significació el nivell d'estudis identificant que aquesta variable possiblement actua sobre la qualitat de vida global a través d'altres determinants de salut i no sobre l'estat de salut. En el model final les variables més influents en la qualitat de vida global, a més dels determinants de salut *gènere, zona de la ciutat amb més o menys recursos, problemes de son, caminar, exercici físic, hàbit de lectura, visita a l'especialista i utilització de serveis del CAP, també hi ha influït els problemes de salut de discapacitat bàsica, símptomes depressius i risc de desnutrició.*

Taula 24. Models de la regressió logística múltiple de variables associades amb puntuacions de qualitat de vida en els resultats globals

	Variables independents	Coefficient β	EE de β	p
	<i>variables introduïdes sociodemogràfiques</i>			
Model 1	Sexe	-8,352	-0,203	<0,001
	Edat	-4,726	-0,092	0,066
	Nivell estudis	-6,007	-0,147	0,004
	Professió	-4,136	-0,102	0,048
	Zona de la ciutat	-9,819	-0,233	<0,001
	<i>Variables introduïdes hàbits de salut</i>			
Model 2	Sexe	-8,253	-0,201	<0,001
	Nivell estudis	-4,695	-0,115	0,014
	Zona de la ciutat	-6,323	-0,15	0,001
	Problemes de son	-7,782	-0,173	<0,001
	Caminar	-12,879	-0,249	<0,001
	Exercici físic	-8,685	-0,157	<0,001
	Lectura	-7,606	-0,164	<0,001
	<i>Variables introduïdes hàbits socials i utilització dels recursos sanitaris</i>			
Model 3	Sexe	-8,753	-0,213	<0,001
	Nivell estudis	-4,495	-0,11	0,016
	Zona de la ciutat	-6,655	-0,158	0,001
	Problemes de son	-7,113	-0,158	<0,001
	Caminar	-11,915	-0,23	<0,001
	Exercici físic	-7,722	-0,14	0,001
	Lectura	-6,724	-0,145	0,001
	3 visites especialista	-10,138	-0,195	<0,001
	<i>Variables introduïdes estat de salut</i>			
Model 4	Sexe	-6,601	-0,16	<0,001
	Zona de la ciutat	-4,415	-0,105	0,013
	Problemes de son	-5,694	-0,127	0,001
	Caminar	-7,496	-0,145	<0,001
	Exercici físic	-5,388	-0,097	0,014
	Lectura	-4,536	-0,098	0,018
	3 visites especialista	-8,198	-0,157	<0,001
	Utilització ABS	-4,126	-0,095	0,015
	Discapacitat bàsica	-5,432	-0,102	0,015
	Síntomes depressius	-12,582	-0,301	<0,001
	Estat nutricional	-10,339	-0,197	<0,001

DISCUSSIÓ

7 DISCUSSIÓ

7.1 Característiques de la mostra: qualitat de vida relacionada amb salut, determinants i estat de salut

7.1.1 Característiques de la qualitat de vida relacionada amb la salut

Aquest estudi manté la tendència d'altres investigacions (58-60) on els resultats per la QVRS de la població catalana eren millors que els de l'americana i europea respectivament. A més, si aquests resultats s'analitzen per dimensions les puntuacions dels resultats obtinguts en aquesta investigació són similars als d'altres publicacions (134). Per exemple, les millor valorades en l'estudi d'Àvila (57) van ser la funció social (81,1) i el rol emocional (79,8). Igual que en aquesta tesi que han obtingut respectivament les puntuacions de 85,42 en la funció social i 85,09 en el rol emocional. Els resultats també són comparables en les dimensions pitjor valorades, en els dos estudis van ser la vitalitat (58,5 com en el present estudi) i la salut general (52 davant del 56,6 de la tesi actual).

En quan als components sumaris, els resultats d'aquest estudi posen de manifest que la població de Lleida té una sumari físic (CSF) millor que la població general de Múrcia (68). Això, també és així pel component sumari mental (CSM) on la població lleidatana obté una puntuació de 75 vers el 53,6 de la població muricana. Per tant, es pot concloure que la qualitat de vida global de la població lleidatana és molt millor que la dels murcians.

En un altre article (253) han comparat la població espanyola i la portuguesa i han detectat que en el CSF la mostra autòctona obtenia una mitjana de 29,32 comparada amb la portuguesa que era de 27,1. La població lleidatana obté uns valors de 75,95. Referent al CSM els valors espanyols eren de 37,68 en comparació amb els 42,67 dels participants portuguesos. Els valors del present estudi en la dimensió mental se situen en 77,98. Per tant, es pot concloure que la població lleidatana gaudeix de millor QVRS que l'espanyola i la portuguesa, i, que els resultats difereixen molt i positivament els uns dels altres.

7.1.2 Característiques dels determinants de salut

A l'igual que en altres investigacions s'ha trobat que són les persones de sexe femení les que pateixen més proporció de viudetat i les que tenen un nivell d'estudis més baix (254). Pel que fa a l'estat civil, el percentatge de viudetat del present estudi no és similar al d'altres investigacions (255), essent major pel present estudi que per l'esmentat informe. Això, pot ser degut a que la mostra poblacional actual és més envellida que no pas la de la IMSERSO.

Pel que fa als hàbits de salut els resultats són similars als d'un altre estudi (256) i evidencien que les dones consumeixen menys tabac i alcohol, i, com el consum d'aquestes substàncies disminueix proporcionalment amb l'edat. Tot i que l'exercici físic segueix practicant-se poc, l'hàbit de caminar està més arrelat en el present estudi que no pas en altres investigacions de l'Estat Espanyol.

7.1.3 Característiques de l'estat de salut

Pel que fa a la prevalença dels símptomes depressius és similar a l'obtinguda en altres poblacions (244). D'igual manera que en el present estudi en una altre article pres de referència (257) estar casat o amb parella i gaudir d'uns bons ingressos són factors protectors dels símptomes depressius. La discapacitat fou similar a la referida en altres estudis (258). Malgrat tot, les petites diferències que hi poden sorgir són per la diferència d'edat de la mostra. La població del present estudi és més envellida que la que es pren de referència. (258) Tot i que la nostra mostra poblacional gaudeix d'un bon estat nutricional és cert que la prevalença del risc és relativament superior al d'altres investigacions (259) un 21,3% enfront del 15,2% respectivament.

7.1.4 Associació entre els determinants de salut i la qualitat de vida relacionada amb salut

7.1.4.1 Associació entre les característiques sociodemogràfiques i la qualitat de vida

Segons els resultats de l'estudi s'ha pogut observar que els participants que declaraven tenir pitjor qualitat de vida van ser les dones, els grups més vells (majors de 85a) i els que vivien en zones amb menys recursos i que utilitzaven més el sistema sanitari. De la mateixa manera, sembla que dormir bé, caminar, fer exercici físic de forma assídua i mantenir un bon hàbit de lectura afavoreix una bona QVRS.

Pel que fa al determinant social de salut sexe, en aquest estudi s'ha demostrat que són les dones les que obtenen pitjors puntuacions en quasi totes les dimensions de l'SF-36. Ser dona afecta directament i de forma negativa a la qualitat de vida dels participants de l'estudi (67,68). Inclús si s'analitza de forma desglossada en els components sumari físic i mental, les dones obtenen puntuacions més baixes en l'SF-36. Però, és més si s'analitza de forma separada; dimensió per dimensió no n'hi ha cap on el sexe femení obtingui millors resultats que el masculí. Segons un estudi de Maldonado i col·l. (137) el sexe masculí té pitjors puntuacions en la qualitat de vida, just al contrari que en aquesta tesi doctoral. En altres estudis (140) s'ha trobat que les dones tenen una incidència més alta de morbiditat i discapacitat en comparació al sexe masculí. Són elles qui acumulen més malalties cròniques i per tant perceben pitjor qualitat de vida.

Tal i com diuen altres estudis (139,140) això pot ser degut a una discriminació negativa i al fet que la dona només per ser dona, assumeix unes responsabilitats i obligacions que fa que envelleixi de forma pitjor percebuda, tot i que l'esperança de vida al néixer sigui superior. A més, les dones tenen més patiments emocionals, menys capacitats d'adaptació i menys oportunitats per superar-se (134). El fet de què els participants de sexe masculí tinguin millors resultats no és un fet aïllat. Això, pot ser degut a les característiques socioeconòmiques dels dos sexes, les condicions de vida i el tipus de recolzament social rebut. No s'ha d'oblidar que són els homes qui disposen de més aficions fora de casa. Si s'analitza el sector masculí es detecta que l'esposa és el pilar bàsic de les cures del marit i és qui l'ajuda a la realització de les tasques domèstiques de la vida diària (131). La

diferència en alguns resultats és tan gran que només un 28% de les dones manifesten un estat de salut òptim (142).

Des d'una perspectiva biopsicosocial de la salut, la qualitat de vida del vell vindrà determinada pel context social en el que es troba immers (142,147). Tampoc, es pot oblidar que gran percepció de qualitat de vida està relacionada amb els ingressos i el patrimoni obtingut al llarg d'una vida. El fet de poder gaudir d'un envelliment amb dignitat i amb seguretat econòmica és bàsic. Les dones tenen una proporció molt més baixa de tasques remunerades reconegudes, i, això també fa que tinguin un rol familiar menys reconegut. A Mèxic les dones que reben pensió per jubilació són tant sols el 29%. En canvi, les que reben pensió per ser vídues arriben al 58%. En números totals existeix els homes tenen 2,6 vegades major cobertura per jubilació que les dones. I 5,5 vegades major si es mira l'àmbit rural. A més, les pensions de les dones solen ser molt més baixes que les dels homes (155).

Si es mira el CSM, en altres publicacions (148) s'ha detectat que els homes tenen millors resultats de benestar en les dimensions psicològiques que no pas les dones. Tal i com passa en la investigació actual. Segons un estudi realitzat a Medellín (149) aquesta tendència sol mantenir-se fins i tot en vells institucionalitzats en centres geriàtrics on un dels factors més associats a la qualitat de vida és el sexe. En aquesta tesis s'ha trobat que les dones han puntuat més baix en la de qualitat de vida, fet que es comprova també en altres estudis (144,260). Això fa pensar que existeixen factors intrínsecs i extrínsecs en el sexe que empitjoren la percepció i puntuació de la qualitat de vida (145).

També, s'ha trobat que les dones obtenen pitjors puntuacions en el component salut física i mental. Igual que en l'estudi actual altres investigacions (67,68) han trobat puntuacions més altes pels homes que per les dones en el CSF, en els grups de participació d'edat més jove (valor descendent amb l'edat) i en les persones sense malalties cròniques. Pel que fa als dos components s'ha vist que els homes obtenen millors puntuacions en els dos sumaris, en els grups més joves, amb major nivell d'estudis i amb els participants sense patologies prèvies.

Referent al determinant social de salut edat i d'igual manera que el l'estudi de Múrcia, (68) els resultats obtinguts en la present investigació demostren que la longevitat és un factor negatiu en la percepció de la qualitat de vida de l'individu. Altres estudis (52,63)

demostren una correlació negativa entre l'edat i la QVRS, suggerint que a mesura que incrementa l'edat disminueix la QV pels dos sexes. Malgrat això, altres articles (61) han trobat que l'edat és un factor positiu en la percepció de la QV si es mantenen les relacions i les activitats socials.

Segons un estudi de Maldonado i col·l. (137) l'edat afecta negativament a l'autopercepció de salut. En els seus resultats el sexe masculí té pitjors puntuacions en la qualitat de vida. La comorbiditat no afecta als resultats globals de l'autopercepció de salut. La seva població manifesta no tenir problemes econòmics i sentir-se estimats pel seu entorn proper.

Malgrat tot, altres estudis demostren que l'edat no pot predir mals resultats en la QVRS, i, que això és degut a l'augment de la comorbiditat (261). En canvi, n'hi ha (262) que relacionen que a més increment de la comorbiditat i edat, pitjor percepció de la qualitat de vida relacionada amb la salut. S'ha de tenir en compte que l'associació entre gènere, vellesa i benestar és complexa, on també s'han d'analitzar les condicions de vida, econòmiques i del recolzament social percebut (148).

En el present estudi les desigualtats de recursos dins de la mateixa ciutat provoca que aquells que en tinguin menys, valorin de pitjor manera els resultats de la qualitat de vida relacionada amb salut. Altres resultats (142,263) demostren que treballant amb l'equitat dels recursos i dels determinants socials s'aconsegueix que millorin aquells aspectes que influeixen en la qualitat de vida de les persones grans. Això provoca, que envelleixin des de la seguretat i la dignitat.

Altres autors (264) manifesten que només amb l'atenció integral dels ancians i amb l'abordatge en la seva totalitat, es podran afrontar els canvis demogràfics necessaris per assolir el desenvolupament social per a la correcta atenció de la gent gran.

La classe social mostra una relació directa amb la valoració de la qualitat de vida: els més desfavorits obtenen pitjors puntuacions en casi totes les dimensions. Pel que fa al nivell d'estudis com més baix és pitjors puntuacions la QVRS. A Catalunya no es troben diferències molt significatives entre un territori o altre (58).

Per Benach (163) l'aspecte més rellevant de la QVRS són les desigualtats socials. Per ell a més riquesa, més avantatges socials, major atenció sanitària i més esperança de vida. La desigualtat econòmica relativa és per ell la clau per explicar les desigualtats en salut en els països desenvolupats. En aquest estudi la pobresa es relaciona amb resultats baixos en la QVRS tant en els resultats dels CSM, CSF com en els globals, això és comparable amb els resultats d'altres articles (162,164). La qualitat de vida va més enllà dels recursos materials, es relaciona directament amb el benestar on l'espai habitat i compartit l'afecta directament (164).

En aquest estudi la soledat és un indicador de mala qualitat de vida en les dimensions vitalitat i salut general. Altres estudis (147,156) també han trobat que aquelles persones que viuen acompanyades obtenen millors resultats en la salut física, la mental i l'emocional. D'igual manera que en altres estudis (142,146,147) aquells participants que disposen de parella gaudeixen de millors resultats globals en la QVRS.

Disposar d'estudis afecta de forma positiva la QVRS. Els resultats són similars als d'una altra població (151) on a més també es va detectar una associació negativa entre el nivell d'estudis i la mortalitat. És a dir, la gent amb més estudis vivia més.

7.1.4.2 Associació entre els hàbits saludables i estils de vida i la qualitat de vida relacionada amb salut

Tal com demostra l'estudi, dormir és clau en la percepció de salut i hi ha un efecte directe tant físic com mental en els resultats globals de la qualitat de vida relacionada amb la salut. Aquests resultats, són similars als de Kojima i col·l. (174), però, amb la diferència que aquests autors van establir també, relacions entre els patrons del son, la qualitat del descans i la mortalitat. Aquells homes amb un patró de descans curt tenien major risc de mortalitat.

D'igual manera que en aquesta tesi, altres estudis realitzats també amb població anciana però d'àmbit rural (176) afirmen que aquelles persones amb un patró del son intermedi són les que obtenen millors puntuacions en el component salut física. Altres investigacions (175) han relacionat els hàbits de descans nocturn amb el risc de patir un procés oncològic. S'ha detectat que dormir de 7 a 8 hores és un factor protector de la malaltia, però, dormir-

ne més de 8 es considera un factor de risc. Curiosament, els ancians que descansen de promig 8,2 hores tenien major IMC (Índex de Massa Corporal) però pitjor memòria (176).

En aquest estudi, com en un altre pres com a mostra, (265) s'ha trobat que les persones que tenen alteracions en el descans nocturn obtenen pitjors puntuacions en totes les dimensions de l'SF-36, i, també en el component sumari físic, mental i els resultats globals. Altres autors (266) conclouen que els problemes d'insomni són freqüents en els vells i van en detriment dels resultats globals de la qualitat de vida relacionada amb la salut. Altres estudis han relacionat la qualitat del son amb un índex molt similar en estructura a l' SF – 36. D' entre els 1049 australians que hi van participar els bons dormidors tenen una puntuació entorn al 8'4 (sobre 10) final. Mentre que els que disposaven de problemes de conciliació del son aquest nombre baixa fins a un punt (177). Publicacions més recents admeten que aquelles persones que limiten el descans durant un període de temps acaben manifestant: Cansament, miàlgia, problemes d'atenció i de concentració. Hi ha qui s'atreveix a dir, que un bon son és el mateix que dir un bon estat de salut percebut, per tant afecta a la qualitat de vida final (178).

Com diu Sierra (180) els trastorns del son constitueixen un dels problemes de salut més rellevants de les societats occidentals. La importància d'una bona qualitat del son no és tan sols fonamental com a factor determinant de salut si no com a element propiciador d'una bona qualitat de vida. Les principals queixes que tenen les persones envellides són la dificultat per conciliar el son i el fet de despertar-se sovint a la nit. Els vells consumeixen més hipnòtics i els hi produeixen més efectes secundaris així com interaccions tòxiques medicamentoses (181).

Pel que fa a caminar, si es comparen els resultats de l'estudi amb altres d'investigacions recents (182) s'ha detectat que els ancians lleidatans es mostren menys sedentaris que la població de referència. En la investigació actual només un 21% dels participants no caminava en comparació del 35% de la mostra de l'estudi espanyol. D'igual manera que en aquest estudi, en el que s'usa per la comparació, caminar o passejar influeix positivament en la percepció de la QV i la salut. Mostrant molt pitjors resultats aquells que no caminaven gens. Les dones són les que obtenen pitjors puntuacions en la qualitat de vida relacionada amb salut i, a la vegada les que es mouen menys.

En comparació amb altres resultats (269) realitzats amb població més jove (40-60 anys) s'ha detectat que igual que en aquest estudi l'activitat física més habitual és caminar. Aquesta tendència es manté doncs per la població autòctona de més de 75 anys. A diferència de l'estudi de Cuenca, els participants lleidatans surten a caminar amb un freqüència acceptable. Malgrat tots els beneficis que s'observen derivats de l'activitat física, el cert és que a més edat, més puja la proporció de sedentarisme de la població. Això, és una tendència en ambdós sexes (58).

Referent a la pràctica d'esport és remarcable que tots els components sumaris de salut de l'SF-36, ja siguin els físics, els mentals o els totals globals són estadísticament significatius. Si s'analitzen els resultats per dimensions, també són totes 8 significatives menys el funcionament social. Aquests resultats són comparables a altres estudis (184) fets a Bolívia, i, on es va arribar a la conclusió que existia una necessitat d'elevat la qualitat de vida de les persones a través de l'esport. En altres estudis realitzats a Brasil (185,186) es va concloure que els participants que feien esport obtenien uns 5.3 punts i 10 punts respectivament de millor qualitat de vida vers aquells que no practicaven esport. Aquests resultats són comparables als del present estudi on aproximadament hi ha 10 punts de diferència en millor percepció de QV d'aquells subjectes que realitzen alguna activitat esportiva respecte dels que no. Si es miren el CSF i el CSM de forma separada practicar exercici físic afecta positivament als resultats de la QVRS en 15 i 17 punts respectivament.

Altres estudis (183) també demostren aquesta associació i es que es va concloure que la qualitat de vida (entesa des de les variables suport social, autonomia i salut mental) percebuda per l'adult madur millora al fer activitat física, sense diferir en raons de sexe. En conclusió, l'estudi demostrava que tot i haver diferències entre el gènere dels participants en relació als resultats obtinguts en cada variable que intervenia en la qualitat de vida subjectiva, la salut en els dos gèneres fou el motiu per a realitzar l'activitat física i que els beneficis generals foren increment del benestar global de la persona i per tant de la seva QV. En el present estudi s'ha detectat que aquells participants que practiquen algun tipus d'esport són els que gaudeixen de millors resultats en la QVRS.

En el mateix estudi (183) es va concloure que l'esport influeix positivament a la sensació de benestar global de les persones sense diferir en raons de sexe, i, que s'es practica amb

frequència els beneficis obtinguts encara són més grans. D'entre els motius per a realitzar esport el més esmentat va ser la salut. En la tesi actual no s'han preguntat els motius per al desenvolupament de l'activitat sinó la freqüència i duració dels mateixos. Pot ser fora una de les qüestions que es podrien tantejaren futures investigacions.

Tants són els beneficis que es pressuposen de la realització d'exercici físic en l'ancianitat que a Bolívia (184) s'ha incorporat un pla per a aconseguir que els vells gaudeixin de l'esport: es va detectar la necessitat d'incrementar la QV través de l'exercici físic. Molts dels raonaments que utilitzaven els ancians per a no practicar cap tipus d'esport eren falsos pensaments com que aquestes pràctiques només les realitzaven les dones. En la investigació actual no s'han recollit els motius per a no realitzar-ne, però, també s'han inclòs activitats com fer hort, que no es pot considerar un esport però que molta gent gran d'àmbit rural desenvolupa i que l'obliga a moure's. La pràctica d'exercici físic en els ancians els genera increment del benestar i millora de l'estat d'ànim global. A més d'incrementar el benestar psicològic (187,268).

Els participants d'aquest estudi que practiquen esport obtenen millors puntuacions en les dimensions dolor, salut general i vitalitat entre altres. Això coincideix amb el que han trobat altres estudis (183) que demostren que l'activitat física millora la percepció del dolor, la visió de l'individu de si mateix i la satisfacció personal.

En l'hàbit de lectura com a estil de vida s'ha trobat que els resultats són positius per la qualitat de vida relacionada amb la salut tant pel component mental com en la global. Altres estudis (271,272) ha vinculat la lectura a sentir-se satisfet i auto realitzat. A més, s'ha demostrat que les persones amb habilitats lectores i escriptores envelleixen millor i amb menys possibilitats de patir deterioraments cognitius.

Aanalitzant l'hàbit tabàquic i el consum d'alcohol s'ha trobat que aquells pacients que fumen i beuen obtenen millors puntuacions en la QVRS a l'anàlisi bivariant. De forma desglossada els fumadors obtenen una diferència positiva en les dimensions: Funció física, dolor corporal, funcionament social i salut mental. Les diferències més significatives es detecten en la funció física 63,83 vers el 81, 03 dels fumadors, i, en el dolor corporal 71 vers 91. Pel que fa al consum d'alcohol aquells pacients que beuen obtenen millors

puntuacions en les següents dimensions: Funció física, dolor corporal, funció social i vitalitat si ve no hi ha tanta diferència en les puntuacions com en els fumadors.

Aquests resultats no són aïllats, pel que fa al consum d'alcohol en un estudi realitzat a individus de mitjana edat (≥ 50 anys) a Canadà (285), es va observar que els participants que tenien millor salut i eren bevedors moderats gaudien de millors resultats en la QVRS vers els altres participants en l'estudi que eren: abstenis, bevedors poc freqüents o grans bevedors. Aquest resultat és similar al de KyungHee Kim i Ji-Su Kim (286) realitzat a Corea on es van concloure unes millors puntuacions en la QVRS dels bevedors moderats.

D'altra banda, en l'estudi de CK Holahan (287) realitzat a dones de mitjana edat es va observar que les grans fumadores mostraren grans associacions clínicament significatives amb la qualitat de vida, i, que els fumadors esporàdics tenien una associació més lleu. Aquests autors donen com a explicació que les persones grans o madures amb millor estat de salut són les que consumeixen substàncies tòxiques ja que no ho tenen restringit per raó de malaltia (patologia cardiovascular, càncer etc.). Aquest fet es relaciona amb millors resultats de salut autopercebuda.

7.1.4.3 Associació entre els hàbits socials i la utilització dels serveis sanitaris i la qualitat de vida relacionada amb la salut

Si es mira la població catalana s'observa que hi ha diferències i desigualtats en relació amb la salut. Les dones i les classes socials més desfavorides presenten un estat de salut i una qualitat de vida pitjors. En general les dones i les classes socials benestants tenen comportaments més saludables, i, les dones i les classes socials baixes fan un ús més elevat dels serveis assistencials i un consum més alt de medicaments (58).

La QVRS sembla ser el factor més determinant de l'ús dels serveis sanitaris en el sector privat (208). En el sector públic actua com a predictor juntament amb la morbiditat de l'ús de la consulta d'atenció primària. Hi ha estudis que diuen que a major qualitat de vida, menor nombre de visites al metge de l' ABS (206). Malgrat això, en la present investigació s'ha trobat que les persones que acudeixen de forma més freqüent tant a l' ABS com l'especialista obtenen millors puntuacions en els resultats de la QVRS.

S'han trobat estudis recents (17,209) que confirmen que a més nombre de visites al metge de família, major risc de reingrés. I, que l'ús de serveis hospitalaris durant l'últim any és un factor predictor d'un nou ingrés l'any vinent. A major ús dels serveis sanitaris, pitjor QVRS. L'augment del consum de fàrmacs ho fa en consonància amb la comorbiditat. Són les dones qui s'automediquen més. Malgrat això, en el present estudi surt que usar els serveis sanitaris és un factor protector de la salut.

A diferència del que s'ha trobat en el present estudi on utilitzar els serveis sanitaris es considera un factor protector de la QV, altres estudis (210,211) han determinat que a mesura que augmenta la QVRS disminueix la demanda de visites a les consultes d'Atenció Primària. Malgrat tot, també hi ha autors que pensen que la QVRS per si sola no pot explicar la sobre utilització dels serveis sanitaris (212).

7.1.4.4 Associació entre l' estat de salut i la qualitat de vida relacionada amb salut

Tal i com passa en el present estudi i el de Maldonado i col·l. (137) es demostra una relació significativa i negativa entre la presència de comorbiditat i l'empitjorament en els resultats de la QVRS. També s'ha establert també una relació entre mala qualitat de vida i increment de la discapacitat física. Tot i que en el present estudi no s'ha determinat aquesta relació sí que s'observa que de forma aïllada els participants amb discapacitat i els que tenen comorbiditat obtenen pitjors puntuacions en la QV (216). En altres investigacions (61,63,169) s'ha demostrat que les persones poden mantenir la QVRS fins i tot amb increment de comorbiditat i de la dependència funcional si són capaços d'establir mecanismes compensatoris reforçant les dimensions espirituals i intel·lectuals de la vida i l'ajust de les seves metes i objectius vitals.

Al present estudi només s'ha detectat un 20% de comorbiditat mentre que en altres estudis (273,274) es manifesta que la comorbiditat afecta a més de la meitat de la població d'edat avançada. D'igual manera que en les esmentades investigacions, i, malgrat que no s'ha calculat d'una forma exacta, els resultats d'aquest estudi fan pensar que la prevalença de la comorbiditat augmenta amb l'edat i que la solen patir més les dones i de classe social baixa. Els participants que patien de comorbiditat obtenien pitjors puntuacions en els CSF, CSM i total global de la QV amb una diferència de 9, 3 i 6 punts respectivament.

La discapacitat provoca sentiments d'inutilitat, perjudicis en la pròpia persona i en aquells que la rodegen, i, incapacitat per conviure en la societat sense ajuda d'un altre (220). La dependència de les ABVD és multifactorial i té implicacions negatives en l'autoestima del subjecte i el benestar i la qualitat de vida percebuda (221). Això, coincideix amb els resultats d'aquesta tesi. Les persones que necessiten ajuda en el desenvolupament de les AVD (activitats vida diària) són les que tenen pitjors puntuacions en totes les dimensions del SF-36 i també, en el component sumari físic, mental i els resultats globals de la qualitat de vida relacionada amb la salut. Hi ha estudis que han detectat que la discapacitat i la comorbiditat baixen la qualitat de vida i incrementen la despesa farmacològica (212,213).

Si es comparen els resultats d'aquesta investigació feta al domicili amb d'altres fetes en residències (275) es conclou que: la població d'aquest estudi és molt més independent en la realització de les ABVD que la presa com a referent residencial de l'estat espanyol. El 77% de la població lleidatana que viu al domicili és independent per les AVD, mentre que en la mostra espanyola de centres geriàtrics només ho és un 40% de la mostra. En altres investigacions en centres geriàtrics (277) la independència per desenvolupar les ABVD és tan sols del 20%. És a dir, en l'estudi actual tot i tractar-se d'una població molt anciana, (majors de 75 anys), els participants són més independents a nivell funcional que altres persones de 75 anys o més que viuen en centres residencials.

En canvi, en estudis similars fets amb població domiciliària i major de 60 anys (216) s'han trobat resultats molt similars entre l'estudi actual i els que s'han pres com a referència. En aquest estudi la taxa de dificultats per a la realització de les ABVD se situa aproximadament sobre el 22% de la mostra, mentre que en l'estudi cubà està en el 20,5%.

En aquesta investigació s'ha demostrat que les persones que gaudeixen d'un bon estat funcional són les que obtenen millors puntuacions en els components sumaris de la qualitat de vida. Els que no tenen discapacitat bàsica obtenen puntuacions de 74,39 en els resultats globals de l'SF-36, els que tenen problemes de discapacitat valoren l'autopercepció de qualitat de vida en un 58,22. Aquests valors són comparables als obtinguts per altres autors, (277) on s'han classificat els participants entre aquells que tenien el Barthel més alt i podien gaudir-se de rehabilitació de les ABVD, i, aquells que no. Els de criteris rehabilitables valoren la seva QVRS en un 75 sobre 100, i, els que no en un 24,46 sobre 100. Per tant, es pot concloure que els participants del present estudi estan

millor de nivell funcional i QV que no pas els subjectes que van participar en les investigacions de Salamanca en els centres geriàtrics.

Per altra banda, les conseqüències de patir símptomes depressius són progressives i afecten greument la qualitat de vida (227). L'entorn familiar pot actuar com a catalitzador dels problemes del vell sol els membres de la família coneixen i atenen les necessitats de l'ancià. Això, contribueix a preservar la seva qualitat de vida i el seu benestar. Del contrari, hi ha un risc que la persona entri en un estat de marginació, aïllament i dependència funcional greu (228).

En un article similar a l'actual (226), la presència de símptomes depressius es mostra com un factor determinant en cadascuna de les dimensions de la qualitat de vida. Aquest fet també passa en aquest estudi on es relacionen pitjors puntuacions de l'escala, amb resultats de QVRS més baixos. Els resultats dels pacients amb depressió i impediments físics també s'associen a la capacitat de la persona a l'adaptació a la malaltia.

En investigacions realitzades amb pacients que segueixen tractament amb diàlisi (278,279), i, d'igual forma que en aquest estudi s'ha trobat que la depressió influeix negativament en la QVRS. També, es va arribar a concloure que quan més compromesa es trobi la salut mental i física de la persona, més nivell de depressió hi ha, i per tant resultats més baixos en les puntuacions de la QVRS.

En una publicació europea (280) s'ha trobat que la incidència de depressió confirmada se situa entorn al 11% de la població, mentre que en aquest estudi el risc de patir depressió se situa sobre el 33%. En futures investigacions faltaria confirmar el diagnòstic d'aquells participants que intervinguessin en l'estudi. En l'estudi suec es pot determinar que un 5.2% de la població ha patit un episodi de depressió major. D'igual forma que en la població autòctona el risc de depressió influeix en la vida diària de la persona, i, a la comorbiditat del subjecte, i, per tant disminueix la QV.

Amb l'increment de l'esperança de vida el desig de mantenir-se sa i amb una bona qualitat de vida relacionada amb la salut no és un fet aïllat. El tipus d'alimentació determina el manteniment de l'estat de salut i pot prevenir nombroses patologies (170). La cura de l'ancià no només ha d'estar focalitzada en tractament mèdics si no també en la prevenció

de malalties. Una bona alimentació i estat nutricional és clau per allargar la vida i la qualitat de la mateixa (171).

D'igual forma que en altres estudis (283,284) en aquest s'ha trobat que aquells participants que segueixen una bona dieta obtenen millors puntuacions en la qualitat de vida relacionada amb salut. Altres resultats (172) han demostrat que la pèrdua de gana en l'esmorzar s'associa directament i de forma negativa en un major risc de desnutrició, una major pèrdua de força muscular i una disminució de la capacitat funcional.

La malnutrició també s'ha estudiat en altres poblacions (233) com ara aquells que per diferents motius (cirrosi o amb patologia de l'intestí inflamat) pateixen una alteració gastrointestinal. Set de les vuit dimensions de l'escala SF-36 (exceptuant el dolor corporal) van obtenir resultats inferiors que en subjectes en condicions de nutrició normal. En l'estudi actual s'ha trobat que els participants amb risc de desnutrició obtenen pitjors resultats en totes les dimensions de l'SF-36, i també en el CSF, CSM i els totals globals.

En el mateix estudi de la cirrosi (233) van observar que aquells subjectes amb risc de desnutrició també patien de més deteriorament funcional, pitjor sistema immunitari, més tardança en curació i major risc de mortalitat i morbiditat. Segons un estudi de Montaña (234) a la ciutat d'Ourense els participants d'edat avançada i de sexe femení tenien major risc de desnutrició. Quasi un 80% dels subjectes a estudi donaven risc de desnutrició, valors molt més alts que en l'estudi actual on el percentatge de risc de desnutrició se situa tan sols en el 21,3%.

En aquest estudi s'ha trobat que el risc de desnutrició dels participants se situa al voltant del 20% de la mostra, valors molt similars a altres estudis (283) realitzats en poblacions espanyoles on el risc era el 22,2% en una població entre els 80 i el 90 anys. Si es comparen els resultats globals de l'efecte des problemes nutricionals en els resultats de la QVRS es pot concloure que: la població lleidatana sense dèficits nutricionals té millor QV que no pas l'espanyola, un 74,68 sobre un 65,98 respectivament. Altres estudis també han demostrat l'associació entre risc de malnutrició i davallada en les puntuacions de la QVRS, (ja sigui valorada amb l'SF-36 o amb d'altres escales). En el present estudi les baixes puntuacions en l' MNA s'associen (amb el màxim nivell de significació) a baixa qualitat de vida auto percebuda. Aquests resultats són similars als d'un estudi pres com a exemple

(284) on es van trobar relacions estadísticament significatives entre la malnutrició i les baixes puntuacions en EQ-5D.

7.2 Limitacions de l'estudi

Una de les limitacions de l'estudi és que la captura dels subjectes de la mostra es va realitzar mitjançant la tarja sanitària, motiu pel qual no es va cobrir tota la població ja que poden existir persones que no estiguin incloses en el sistema. No obstant això, donat l'origen demogràfic de la mostra, és previsible que aquestes pèrdues siguin mínimes. En estudis similars aquesta reducció de la mostra va arribar al 18%, per aquest motiu hem augmentat la nostra mida de la mostra en un 20% per a intentar evitar aquest biaix. En futures investigacions estaria bé analitzar més profundament els aspectes culturals i comparar-los en diferents entorns físics per a analitzar si tenen influència en els resultats de l'estat de salut percebut dels participants.

Una altra limitació pot ser que en edats avançades hi ha més aparició de deteriorament cognitiu. Per aquest motiu si el participant realitzava tres errors o més en el test de Pfeiffer, se li realitzava el qüestionari a un acompanyat i s'excloïa el subjecte de l'estudi. En aquest cas, eren excloses les preguntes subjectives del qüestionari. Per tal de garantir la implementació del mateix es recomanava que la persona acudís a la cita acompanyada.

Per últim, l'estudi és de disseny transversal i no permet clarificar la direcció de la relació entre la qualitat de vida relacionada amb la salut i els determinants de salut.

CONCLUSIONS

8. CONCLUSIONS

8.1. Segons les característiques dels participants

- L'envelliment lleidatà es pot definir com: femení, d'uns 80 anys i on predomina estar casat o ser vidu. La majoria dels participants tenen estudis primaris i amb anterior professió de mestressa de casa. Pel que fa a la convivència la majoria dels subjectes viuen o amb la parella, amb algun fill o sols. Es tracta d'una població amb ingressos normals – baixos.
- La qualitat de vida relacionada amb la salut dels participants es pot definir com molt bona amb una puntuació mitjana de 70 sobre 100.
- En quan als determinants de salut, la majoria dels enquestats no fuma ni beu i tenen problemes de son. Es tracta d'una població que tendeix a passejar però que no sol practicar un esport determinat. Disposen de bons vincles familiars i més d'una quarta part participen en activitats comunitàries. 2 de cada 10 participants acudeixen de visita tres cops l'any al metge especialista i 3 de cada 10 tres cops al mes al de capçalera.
- Pel que fa a l'estat de salut, la majoria no té problemes cognitius. 2 de cada 10 presenten comorbiditat, discapacitat i risc de desnutrició i un 30% presenten símptomes depressius.

8.2. Segons el factors determinants de la qualitat de vida relacionada amb la salut en els seus components físics i mentals.

- Les dones, el problemes de son, caminar poc, les visites freqüents a l'especialista, els símptomes depressius i el risc de desnutrició són factors que afecten a la qualitat de vida relacionada amb la salut tant pel component físic com el mental. La discapacitat bàsica i l'augment de les visites al CAP, afecten al component físic, i, viure en zona de la ciutat menys afavorida i el poc hàbit de lectura al component mental.

8.3. Segons el factors determinants de la qualitat de vida relacionada amb la salut global:

- Les dones i les classes socials més desfavorides, presenten un estat de salut i una qualitat de vida pitjors.
- Les persones que van declarar tenir pitjor qualitat de vida eren les que acudien menys assíduament als serveis sanitaris.
- Els hàbits saludables són el descans, caminar i fer exercici sovint i l'hàbit de lectura afecten positivament els resultats en la qualitat de vida relacionada amb la salut.
- Les persones d'edat avançada amb discapacitat, amb símptomes depressius i desnutrició presenten pitjor qualitat de vida.

Implicacions sanitàries

L'envelliment genera una sèrie de canvis físics, psicològics i socials que fan que hi hagi una sèrie de factors que converteixen la gent gran en un sector poblacional especialment vulnerable i on les estratègies d'actuació han de garantir una qualitat de vida digna. Aquest objectiu no és fàcil ja que és un procés canviant i amb un seguit de pèrdues que exigeixen una capacitat d'adaptació a tots els nivells: intel·lectuals, socials, afectius... i on també es necessita de la inversió de recursos i de la capacitat política de dirigir-los.

La qualitat de vida és un concepte relacionat amb els determinants socials de salut i depèn de la satisfacció de les necessitats humanes i dels drets adquirits. L'objectiu de l'infermeria ha de ser el de facilitar el procés d'adaptació al medi de la persona envellida tot promovent la independència i integració de la mateixa, mitjançant un envelliment sa i amb capacitat funcional acceptable. S'haurien doncs, de propiciar els programes que incloguin la promoció de la salut fomentant els hàbits saludables com són: l'exercici físic, la lectura, el descans nocturn entre altres.

BIBLIOGRAFIA

9- BIBLIOGRAFIA

1. Zuleta C, Gomez Y. Factores psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez. El Documento Recuperado. Monografía 2010; 18: 15
2. Juárez M. Valoració geriàtrica integral en Atenció Primària [tesi]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2005.
3. Isach M, Izquierdo G. Fisiología del envejecimiento. Modificaciones de aparatos, sistemas y órganos. En: Guillén F, Ruipérez I. Manual de Geriatria Salgado Alba. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
4. Cella D. Quality of Life: The Concept. J Palliat Care. 1992;8(3):8–13.
5. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. Int J Nurs Stud. 2006 Mar; 25;43(7):891–901
6. Llanes C. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. Rev Habanera Ciencias Médicas. 2015;14(1):89–96.
7. Etalala JJ. Seguro Social de la vejez y jubilación ordinaria. Rev del Derecho del Trab. 1963;385-96.
8. Camós I. La configuración de la prestación de jubilación en el régimen contributivo de la Seguridad Social [tesi]. Girona: Universitat de Girona; 2000.
9. Thomas LV. Anthropologie de la Mort. 1ªed. París:Payot; 1992.
10. Minios G. Historia social de la vejez de la Antigüedad al Renacimiento. 1ªed. Madrid: Nerea E, editor; 1987.
11. Borrajo E. Estudios jurídicos de previsión social. 4ª ed. Madrid: Tecnos; 1962.
12. Moreno J. Mayores y calidad de vida. Portularia Rev Trab Soc. 2004;1(4):187–98.
13. Salva A, Lucas R. Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya. 1ª ed. Fundació Viure i Conviure. Barcelona: Institut Català de l'Envel·liment UAB; 2004.
14. Ajuntament de Lleida [pàgina web]. Lleida: La Paeria; 2014 [actualitzat any 2013; citat 2 set 2014]. La Paeria; [aprox. 2 pantalles]. Disponible a: <http://www.paeria.es>.
15. Kanström L, Zamaro G, Sjöstedt C, Green G. Healthy ageing profiles: Guidance for producing local health profiles of older people: OMS 2008; 35
16. Ritsatakis A. Demystifying the myths of ageing: OMS 2008; 35

17. Girón P. Los determinantes de salud percibida en España [tesi]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
18. Chicaíza L, García M, Lozano J. Hacia una economía institucional de salud. Laboratorio de Análisis Institucional del Sistema Universitario Mexicano. 2014; 21
19. Linares N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Rev Cuba Salud Pública. 2015;41(1):94–114.
20. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31Suppl 1:S13–27.
21. Webster's New World College Dictionary. 4ª ed. Ohio: Websters New World; 2010.
22. Hayflick L. Theories of biological aging. Experimental gerontology. 1985; 20 (3): 145-59
23. Birren HE, Zarit J. Concepts of health, behaviour and aging. A: Birren JE & Livingston J Eds. Cognition, stress and aging. 1ª ed. Prentice Hall: Engle Wood Cliffs; 1985. p. 212.
24. Busse E, Pfeiffer E. Behavior adaptation in late life. 2ªed. Boston: Little Brown and Company; 1977.
25. Blanco E, Bueno MB, Buz J, Susana L, Fainstein I, Fisher RH, et al. Geriátria desde el principio. 1ª ed. Madrid: Glosa Ediciones; 2001.
26. Masterson A, editors. Profesionalización del cuidado del mayor. X Congreso Nacional SEEGG; 2003 Maig 22-24; Alcalá de Henares. Madrid: SEEGG, 2003
27. Rodríguez A. Dimensiones psicosociales de la vejez. A: Buendía J editors. Envejecimiento y psicología de la salud. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1995. p. 53-68.
28. Marañón G. El deber de las edades. Obras completas. Tomo IX. Espasa Calpe Editores. Madrid; 1973.
29. Costa J. Psicogeriatría. Aspectos generales del envejecimiento. A: Costa J. Tratado de psiquiatría: Trastornos psiquiátricos. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 1994. p. 1645–66.
30. Aguerre C, Bouffard L. Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. Rev la Asoc Colomb Gerontol y Geriatría. 2008 Juny 30;22:1146–62.
31. Busse EW, Allen A. General Thoeries of aging. A: Copeland JRM, Abou - Saleh MT BD, editor. Principles and practice of geriatric psychiatry. 3ª ed. Nueva York: John Wiley & Sons, Ltd; 1994.

32. Hayflick L, Moorhead P. The serial cultivation of human diploid cell strains. *Exp Cell Res.* 1961;25:585–621.
33. Rowe JW, Khan R. Human Aging: Usual and successful. *Science.* 1987;237(4811):143–9.
34. Luszcz M. Psychological ageing: Themes and variations. [Base de dades en línia]. Austràlia: Flinders University of South Australia, Inaugural Professional Lecture. c1999 [actualitzat 1 abril 2001; citat 3 set 2011]. Disponible a: <http://www.es.e.ualg.pt/gerontologia/jacinto/PSYCHOLOGICAL%20AGEING%20THEMES.htm>
35. Vasallo C, Sellanes M. La salud en la tercera edad. A: Secretaria de Tercera Edad y Acción Social. Informe sobre la tercera edad en la Argentina. 1ªed. Argentina: Ministerio de la Nación Argentina; 2000. p. 153–278.
36. Martínez M. Los cuidados en el entorno familiar. X Congreso Nacional SEEGG; 2003 Maig 22-24; Alcalá de Henares. Madrid: SEEGG; 2003.
37. OMS.es [pàgina web]. Organización Mundial de la Salud: Preguntas frecuentes; c2015 [actualitzat 2015; citat 3 set 2014] Disponible a : <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
38. O' Donnell M. Definition of health promotion. *Am J Heal Promot.* 1986;1 (1):4–5
39. Frankish CJ. La evaluación del impacto de la salud como herramienta para la promoción de la salud de la población y las políticas públicas. División de la Promoción de Salud Canadá. Toronto; 1996.
40. Rootman I, O'Neill M. Key Concepts in Health Promotion. A: Pederson A, O'Neill M, Rootman I, editors. Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives. 3ª ed .Toronto: Saunders WB; 1994. p. 18-32.
41. Ramos D, Narey B. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Rev Cuba Salud Pública.*2006;32(2): 164-70.
42. San Martín H, Hernán San Martín F, Martín Herrera AC, Carrasco de la Peña JL, Pastor Aldeguer V. Epidemiología. Teoría, investigación y práctica. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos editor; 1990.
43. Resik A. La causalidad en epidemiología.1ª ed. La Habana: Editorial Científico - Técnica; 2003.
44. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. 1ª ed. Ottawa: Department of Health and Welfare; 1974.
45. Dever A. Community Health Analysis: a holistic approach. 1ª ed. Rockville: Aspen System Corporation.; 1980.
46. Kornblit AL, Mendes AM. La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. Contenidos Curriculares. 1ª ed. Buenos Aires: Grupo Editor Aique; 2000.

47. Gol J, editors. Definició de salut. X Congrés de Metges i biòlegs de Llengua Catalana; Perpinyà; 1976.
48. González J. Calidad de vida relacionada con la salud [tesi]. Chile: Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad de Chile; 2003.
49. Piedrola G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9 edició. Barcelona: Masson editorial; 1991.
50. WHO [pàgina web]. Ginebra: WHO; c2009 [actualitzat 2014; citat 3 octubre 2014]. World Health Organisation; [aprox. 21 pantalles]. Disponible a: <http://www.who.int/es/>
51. The WHOQOL group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998;46 (12):1569–85.
52. García A. Calidad de vida relacionada con la salud del anciano atendido en atención primaria [tesi]. Cantabria: Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria; 2014.
53. Siegrist J, Junge A. Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine. Soc Sci Med. 1989;29:463–8.
54. Andrews FM, Whitney S. Social Indicators of Well - Being: America's Perception of Life Quality. 2ª ed. Universitat de Michigan: Plenum Press; 1976
55. Shumaker S, Nauhton M. The International Assessment of Health - Related Quality of Life: a theoretical perspective. J Med Ethics. 1996 Ag 22; 22 (4): 248-9
56. Moons P. Why call it health - related quality of life when you mean perceived health status? Eur J Cardiovasc Nurs. 2004 Des;3(4):275–7
57. Meléndez M, Montero R, Jiménez C, Blanco LE. Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. Atención Primaria. 2001;28(2):91–6.
58. Generalitat de Catalunya; Departament de salut, Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010: Informe de salut a Catalunya, 2010. Barcelona (Espanya): Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2010.
59. The SF - 36 community [pàgina web]. Boston: Medical Outcomes Trust; c2007 [actualitzat 2015; citat el 4 abr 2015]. SF-36 Organisation; [aprox. 14 pantalles]. Disponible a: <http://www.sf-36.org/>
60. The Kidscreen Group. [pàgina web]. Berlin: Child Public Health; c2001-2004 [actualitzat 3 maig 2013; citat el 3 set 2014]. Kidscreen Group; [aprox. 8 pantalles]. Disponible a: <http://www.kidscreen.org/>
61. Layte R, Sexxton E, Savva G. Quality of life in older age: evidence from an irish cohort study. J Am. Geriatr Soc. 2013;61Suppl 2:S229–305.

62. Malheiro P, Arruda D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enfermería Glob.* 2012 Oct 28;11(28):257–75.
63. Ortiz JB, Castro M. The psychological well - being of the elderly and their relation with self - esteem and self - efficiency: nursing contribution. *Cien Enferm.* 2009;15:25–31
64. Sánchez LM, González U, Alerm A, Bacallao J. Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Rev Habanera Ciencias Médicas.* 2014 Feb 25;13(2):337-49
65. Dale CE, Bowling A, Adamson J, Kuper H, Amazu A, Ebrahim S, Casas J. Predictors of patterns of change in health - related quality of life in older women over 7 years: evidence from a prospective cohort study. *Age ageing.* 2013 Març 28;42 (3):312–8.
66. Martín-García S, Rodríguez-Blázquez C, Martínez-lópez I, Martínez-martín P, Forjaz M. Comorbidity, health status, and quality of life in institutionalized older people with and without dementia. *Int Psychogeriatr.* 2013 Jul 11;25 (7): 1077-84
67. Uribe AF, Valderrama LJ, Molina J. Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta Colomb Psicol.* 2007 Juny 4;10 (1):75–8.
68. Monteagudo O, Hernando L, Palomar J. Normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-12V2 para la región de Murcia. *GacSanit.* 2011;25(1):50–61.
69. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan R. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care.* 1989;27 Suppl 3:S178–89.
70. Sitjas E, San Jose A, Armadans L, Mundet X, Vilardell M. Predictors factors about functional decline in community-dwelling older persons. *Aten Primaria.* 2003 Set 30; 32(5):282–7.
71. Radiation Therapy Oncology Group. Spitzer Quality of Life Index (SQLI). [pàgina web]. Estats Units: RTOG; c2010 [actualitzat 17 juny 2010; citat 23 octubre 2012]. Title of measure: Instructions for the Investigator, Research Associate / Nurse; [aprox. 4 pantalles]. Disponible a : <http://www.rtog.org/members/forms/9913/qolinstr.pdf>
72. Spitzer W, Dobson A, Hall J, Chesterman E, Levi J, Shepherd R, et al. Measuring the quality of life of cancer patients. A concise QL - Index for use by physicians. *J Chronic Dis.* 1985;34(12):585–97.
73. Hunt S, McKeena S, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: Subjective Health Status and medical consultations. *Soc Sci Med.* 1981;15 (3):221–9.
74. Wan-Hansson C, Rahm I, Risberg B, Klevsgard 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;2(9):1–11.
75. Arenas M, Álvarez - Ude F, Reig - Ferrer A, Zito J, Gil M, Carretón M, et al. Emotional distress and health related quality of life in patients on hemodialysis: The clinical value of COOP - WONCA charts. *JNEPHROL.* 2007;20(3):304–10.

76. Lizan L. Viabilidad de las viñetas COOP / WONCA y otros instrumentos para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*. 1998 Jul;1(22(3)):137–9.
77. Lawton M. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *J Gerontol*. 1975;30:85–9.
78. Tejedor R, Feliu-Soler A, Pascual JC, Cebolla A, Portella MJ, Trujols J, et al. Propiedades psicométricas de la versión española de la Philadelphia MindfulnessScale. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014 Jul 2;7(4):157–65.
79. Cheung K, Oemar M, Oppe M, Rabin R. On behalf of the EG. EQ-5D User Guide. [guia electrònica]. Versió1.0. Rotterdam: EuroQol Group; 2015. [actualitzat agost 2014; consultat nov 2014]. Disponible a: <http://www.euroqol.org/>.
80. EuroQol Research Fundation. [pàgina web]. Rotterdam: EuroQol Group; c2015 [actualitzat 2015; consultat 3 març 2015]. EQ-5D; [aprox. 22 pantalles]. Disponible a: <http://www.euroqol.org/>.
81. Whynes D; Tombola Group. Correspondence between EQ-5D health state classifications and EQ VAS scores. *Heal Qual Life Outcomes*. 2008 Nov 7;6 (94): 1-9.
82. Karnofsky D, Abelman W, Graver L, Burchenal J. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinom. *Cancer*. 1948;1(4):634–56.
83. Grau G, Eirda P, Cayuela A. Versión española dels OARS multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Atención Primaria*. 1996 Maig 15;17(8):486–95.
84. Sutherland H, Till J. Quality of life assessments and levels of decision making: differentiating objectives. *Qual life Res*. 1993;2 (4):297–303.
85. Graud A, Font - Mayolas S, Gras E, Suñer R, Noguera J. Calidad de vida relacionada con la salud y el consumo de tabaco. *Interv Psicosoc*. Madrid; 2007 Jul 23;16(1):1–13.
86. Vilagut G, Ferrer M, Luis R, Rebollo P, Permanyer - Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF - 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Doyma*. 2005;19(2):135–50.
87. Moinso A. Determinantes de la Salud. A: Barragán HL. *Fundamentos de la Salud Pública*. Universidad Nacional de la Plata d'Argentina: EDULP Editorial; 2007. p. 161-89.
88. Evans R. Thomas McKeown, meet Fidel Castro: Physicians, population health and the Cuban paradox. *Heal care Policy*. 2008;3(4):21
89. Álvarez AG, Luis IP, Rodríguez AJ, Hugo M, Alegret M, Romero M, et al. Actualización conceptual sobre los determinantes de salud desde la perspectiva cubana. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. Cuba; 2010 Jul 31;48(2):204–17.

90. Lafambriose H. Health policy: Breaking the problem down into more manageable segments. *CMAJ*. 1973;2(108):388–91.
91. McKeown T. *Determinants of Health*. A: Thomas McKeown. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*. 2ª ed. New Jersey: Princeton University Press Editors; 1979. p. 29-91
92. Krieger N. Glosario de epidemiología social. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5-6):480–90.
93. Marchiori P. *Promoción de la salud y la salud pública: Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. 1 ed. Río de Janeiro: Organización Panamericana de Salud; 2000.
94. Ministerio de Sanidad y Política Social; Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. *Avanzando hacia la equidad: propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, 2011. Madrid (España): Ministerio de Sanidad y Política Social; 2011.
95. Puyol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 2011 Nov 23;26(2):178–81.
96. Euzéby A. Crisis económica y protección social en la Unión Europea: más allá de lo evidente. *Rev Int Secur Soc*. 2010 Juny 4;63(2):81–97.
97. Navarro V. El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la Sanidad Pública. *Gac Sanit*. 2012;26(2):174–5.
98. Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Domínguez-Berjón F, Cabeza BC. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2014;28Suppl 1:S124–31.
99. Ministerio de Salud: División de Planificación Sanitaria - Departamento de Epidemiología. *Diagnósticos Regionales de Salud Pública basados en el enfoque de los determinantes sociales de salud. Aproximación conceptual al enfoque de determinantes sociales de la salud*. [monografía a Internet]. Chile: Ministerio de salud; 2009 [citad 10 Jul 2013]. Disponible a:
http://epi.minsal.cl/epi/Onotransmisibles/diag_regionales/comuna/REGION_DE_AISEN.pdf
100. OMS i OPS, editors. *Determinantes e inequidades en salud. Salud en las Américas*. [monografía a Internet]. Región de las Américas: OMS i OPS; 2012. [citad 2013 Març 13]. Disponible a:
http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es
101. Agost F, Martin A. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Rev Cuba Salud Pública*. 2012;38(1):126–40.

102. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: eras and paradigms. *Am J Public Heal.* 1996;86 (5):668–73.
103. Arredondo A. Modelos conceptuales en Salud Pública. *Cuad MedSoc de Chile.* 1993;34:29–36.
104. Salleras L. Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones. 1ªed. Barcelona: D Santos editor; 1986.
105. Lalonde M. Social values and public health. *Can J Public Heal.* 1974;65 (4):260–8.
106. Lalonde M. The physician and health promotion. *Can Med Assoc J.* 1977;116 (9):1040–5.
107. Palomino P, Grande ML, Linares M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Rev Int Sociol.* 2014;72(Extra-1):71–91.
108. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Documento Técnico: Metodología para el análisis de situación de salud regional. Lima (Perú): Ministerio de Salud de Perú; 2008 Set. Ref N° 2008-10342. Financiat per la Organització Panamericana de Salut
109. Pineault R, Develuy C. Planificación Sanitaria. 2ª ed. Barcelona: Masson y SG editors; 1989.
110. Álvarez AG, García A, Bonet M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev Cuba Salud Pública.* Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología Cuba; 2007;33(2): 1-16
111. Dever G. An Epidemic model for health policy analysis. *Soc Indic Res.* 1976;2 (4):453-66
112. Krieger N. Glosario de epidemiología social. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Heal.* 2002; 11 (5-6):480–90.
113. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Producir salud, consumir asistencia médica. A: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1996. p. 30–72.
114. Frankish C. Salud de la población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. A: Organització Panamericana de la Salut editor. “La perspectiva Canadiense.” Washignton: Organització Panamericana de la Salut; 2000. p.1-128
115. Frankish CJ, Green LW, Ratner PA, Chomik T, Larsen C. Health Impact Assessment as a tool for Population Health Promotion and Public Policy [monografía a Internet]. Canada: Health Promotion Development Division of Health Canada; 1996. Disponible a: <http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDEFile/healthimpact.PDF?Archive=192469191064>

116. Frankish C, Moutlon G, Quants D, Carson A, Casebeer A, Eyles J. Addressing the non - medical determinants of health: a survey of Canada's health regions. *Can J Public Heal.* 2007;98(1):41–7.
117. Marmot M, Kogevinas M EM. Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health.* 1987;8(1):111–35.
118. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Introducción. A: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1996. p. 3-28.
119. Wilkinson R, Marmot M. *Social determinants of Health: The solid facts.* 2ª ed. Copenhagen: World Health Organisation; 2003.
120. Marmot M. Social determinant of health inequalities. *Lancet.* 2005 Març 19;365 (9464):1099–104.
121. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Heal.* 2011 Abr 20;10(15): 1-3.
122. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income Inequality, Primary Care and Health Indicators. *J Fam Pract.* 1999;48(4):275–84.
123. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002;60 (3):201–18.
124. OMS.es [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2008 [actualitzat 2015; citat: 3 Oct 2014]. Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud; [aprox. 2 pantalles]. Disponible a:
http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdlh_report_wrs_es.pdf
125. OMS.es [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2014 [actualitzat 2015; citat: 3 Oct 2014]. Comisión sobre los determinantes de salud. Determinantes sociales de salud [aprox. 2 pantalles]. Disponible a: www.who.int/social_determinants
126. WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion.* 1986.
127. Álvarez A, García A, Rodríguez A, Bonet M. Voluntad política y acción intersectorial: Permisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. *Rev Cuba Hig Epidemiol.* [serie en Internet]. 2007 Set [citado 12 Ago 2013]; 45(3): [aprox. 6 p.]. Disponible a:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300007
128. Álvarez A, García A, Rodríguez A, Bonet M, de Vos P, Van Der Stuyft P. Algunas evidencias cualitativas acerca de la determinación de salud en Cuba (1989 a 2000). *Rev Cuba Hig Epidemiol.* [serie en Internet]. 2009 Abr [citado 18 Set 2014]; 47 (1): [aprox. 4 p.]. Disponible a:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032009000100002&script=sci_arttext

129. Álvarez AG, García A, Romero M, Álvarez M. Los determinantes internacionales del estado de salud de la población: Su abordaje a la luz de la Batalla de las Ideas. Rev. Cubana Hig. Epidemiol. [serie en Internet]. 2007 Des [citad 2 Nov 2012]; 45 (3): [aprox. 4 p.]. Disponible a:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300001

130. Govern de Canada. Directori d'afers internacionals. Salud de la Población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. "La perspectiva canadiense" [monografía en Internet]. Washignton: OPS; 2000. [citad 6 oct 2012]. Disponible a: <http://www1.paho.org/Spanish/HDP/can1.pdf>

131. Edwars P. The Social Determinants of Health: An overview of the Implications for Policy and the Role oh the Health Sector. [monografía a Internet]. Ottawa: Health Canada; 2004 [citad 2013 3 Oct]. Disponible a: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/overview_implications/01_overview.html

132. Scott K. The Social Determinants of Health Across the Life - Span Conference. A lost Decade: Income Equality and the Health of Canadians; 2002 Nov 29-1; Toronto, Canada. York University; 2002.

133. Keating D. The Social Determinants of Health Across the Life - Span Conference. Development Health: Research, Policy and Practice; 2002 Nov 29-1; Toronto, Canada. York University; 2002.

134. Jackson A. The Social Determinants of Health Across the Life - Span Conference. The Unhealthy Canadian Workplace; 2002 Nov 29-1; Toronto, Canada. York University; 2002.

135. Galabuzi G. The Social Determinants of Health Across the Life - Span Conference. Social Exclusion; 2002 Nov 29-1; Toronto, Canada. York University; 2002.

136. McIntyre L, Walsh G, Connor SK. Follow - Up Study of Child Hunger in Canada. Quebec (Canadá): Applied Research Branch, Human Resources Development Canada; 2001 Juny; Report N° W-01-1-2E. Financiat pel Govern de Canadà.

137. Maldonado G, Mendiola E. Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores. Contrib a las Ciencias Soc. [serie en Internet]. 2009 Abr [citad 03 Oct 2014]: [aprox 3p.]. Disponible a: www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm

138. Kunkel SR, Atchley R. Why gender matters: being female in not the same as not being male. Am J Prev Med. 1996;12(5):294–6.

139. Rohlf I, Borrell C, Fonseca M. Género, desigualdades y salud pública: Conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit. 2000;14 Supl. 3: S60–71.

140. Castañeda I. Reflexiones teóricas sobre las diferencias de salud atribuibles al género. Rev Cub Salud Pública. [serie a Internet]. 2007 [citad 12 Ago 2013];33(2):[aprox. 3p.]. Disponible a: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662007000200011&script=sci_arttext

141. Guallar - Castrillón P, Sendino A, Banegas J, 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;60:1229–40.
142. Ileana C, Castañeda E, Fermina M. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2013;29(3):281–96.
143. Krieger N. Gender, sexes and health: What are the connections - and why does it matter? *J Epidemiol Community Heal.* 2003;32:652–7.
144. Kirchengast S, Hashinger B. Gender differences in health related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians. *Gend Med.* 2008;5:270–8.
145. Molina JM, Sánchez MD, Rubio R, Uribe A. Diferencias en la calidad de vida y estado anímico en pacientes mayores hospitalizados según género. *Pensam psicológico.* 2005;1:17–26.
146. Fernández A, Alumiña M, Alonso O, Blanco B. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Rev Cuba Hig Epidemiol.* 2001;39(2):77–81.
147. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Ter Psicológica.* 2012;30(2):23–9.
148. Fernández - Campomanes M, Fueyo - Gutiérrez A. Redes sociales y mujeres mayores: estudio sobre la influencia de las redes sociales en la calidad de vida. *Rev Mediterránea Comun.* 2014;5(1):157–77.
149. Estrada A, Cardona D, Segura AM, Chavarriaga LM, Ordóñez J, Osorio J. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica.* 2011 Jul 7;31(4):492–502.
150. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, Garcia N, Alvarez C. Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. *Aten Primaria.* 2003; 31(5):284–5.
151. Peláez E, Acosta L. Educación y mortalidad diferencial de adultos. Provincia de Córdoba, República Argentina. *Papeles de Población.* 2011;17 (70):9–31.
152. CELADE i CEPAL. La situación de las personas mayores. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para America Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento; 2003 Nov 19-21; Santiago de Chile.Chile: CELADE i CEPAL; 2004.
153. Shkolinkov VM, Andreev EM, Jasilionis D, Leinsalv M, Antanova OI, Mckee M. The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *J Epidemiol Community Heal.* 2006;60(10):875–81.
154. Paredes M, Ciarniello M, Brunet N. Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay A: Chiappara C editor. Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano. Republica del Uruguay: Lucida Ediciones; 2010. p. 1-96.

155. Madrigal-Martínez M. Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de Población*. 2010;16 (63):117–53.
156. Bozo O, Toksabay N, Kürüm O. Activities of daily living, depression and social support among elderly Turkish people. *J Psychol*. 2009;143 (2):193–206.
157. Treviño - Siller S, Pelcastre - Villafuerte B, Márquez - Serrano M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Publica Mex*. 2006;48 (1):30–8.
158. Wong R, Salgado N. La relación entre salud y nivel socioeconómico entre adultos mayores: diferencias por género. A: Instituto Nacional de Salud Pública. *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México (DF): Instituto Nacional de Salud Pública; 2003. p. 97-122.
159. Department of social and economic affairs. United States Secretariat. *World Economic and social survey 2007* [monografía a Internet]. Nova York: United States Publication; 2007. [citad 10 nov 2012]. Disponible a: http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf
160. CELADE. *Envejecimiento y Desarrollo en America Latina y el Caribe Serie de Población y Desarrollo*. División de la población de la CEPAL, 2001. Santiago (Chile): CELADE; 2002.
161. Wong R, Espinoza R. Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México. *Papeles de Población*. 2003; 9 (37):99–125.
162. Huenchuan S, Guzmán J. Seguridad económica y pobreza en la vejez. Tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. *Notas de población CEPAL*. 2006;83:99–125.
163. Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit*. 1997;11 (6): 255-58.
164. Sánchez L, De Pablos J. El barrio visto por sus pobladores: Búsqueda de elementos significativos para la calidad de vida. *Cuad Geográficos*. 2005;36(1):291–306.
165. Grau A, Font - Mayolas S, Gras ME, Suñer R, Nogura J. Calidad de vida relacionada con la salud y el consumo de tabaco. *Interv Psicosoc*. 2007 Jul 23;16(1):79–92.
166. Reig A, Cabrero J, Richart M. Comportamiento y salud en la vejez. *Rev Española Geriatria y Gerontol*. 1996 Gen 10;31:37–44.
167. Borrell C. Institut Municipal de Salut Pública. *Enquesta de salut pública de Barcelona*. [base de dades a Internet]. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública. c2002 -[citad 10 Des 2014]. Disponible a: <http://www.aspb.cat/quefem/documents/enquestes.htm>
168. Salva A, Llevadot MD, Miró M, Rovira JC, Vilalta M, Coderch J, Benito E, Garcia MA. *L'atenció sociosanitària a Catalunya. Vida als anys 2003*. 1ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2004.

169. García A, Fontaine O, Hernández E, Castañeda I. Intervención psicológica en el anciano alcohólico, familia y sociedad. *Psicol y salud*. 2010;20(1):55–64.
170. Torres LF, Hemogilla AM, Bueno MM, Pérez M. Algunas consideraciones sobre la nutrición como elemento indispensable en la calidad de vida del anciano. *Rev Cuba Tecnol la Salud [serie a Internet]*. 2014 Juny [citad 03 Ago 2015]; 1 (Suppl II): [aprox. 2p.]. Disponible a: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/319/372>
171. Guijarro JL, Zazpe I, Muñoz M. La alimentación en la vejez. A: Muñoz M, Arancela J, García - Jalón JE, editor. *Nutrición aplicada y dietoterapia*. 2ªed. Pamplona: Eunsa; 2004. p. 561–78.
172. Serra Prat M, Fernández X, Ribó L, Palomera E Papiol M, Serra P. Loss of appetite in elderly people in the community and its relationship with functional capacity. *Med Clin*. 2008 Abr 19;130(14):531–3.
173. Miró E, Cano - Lozano C, Buela - Casal G. Sueño y calidad de vida. *Rev Colomb Psicol*. 2005;14:11–27.
174. Kojima M, Wakai K, Kawamura T, Tamakoshi A, Aoki R. Sleep patterns and total mortality: A 12 - year follow - up study in Japan. *J Epidemiol*. 2000;10:87–93.
175. Kripe DF, Garfinkel L, Wingard D, Klauber M, Marter MR. Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59 (2):131–6.
176. Habte - Gabr E, Wallace RB, Colsher PL, Hulbert JR, White LR, Smith IM. Sleep patterns in rural elders. Demographic, health and psychobehavioral correlates. *J Clin Epidemiol*. 1991;44(1):5–13.
177. Zeitlhofer J, Schmeiser - Rieder A, Tribl G, Rosenberger A, Bohtschek J. Sleep and quality of life in the Australian population. *Acta Neurol Scand*. 2000 Jul 4;102(4):249–57.
178. Belenky G, Wesensten NJ, Therne DR, Thomas ML, Sing HC. Patterns of performance degradation and restauration during sleep restriction and subsequent recovery: A sleep dose - response study. *J Sleep Res*. 2003 Feb 21;12(1):1–12.
179. Alonso P, Sansó FJ, Díaz-Canel AM, Carrasco M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cub Salud Pública*. [serie a Internet]. 2007 Març [citad 20 Abr 2011];33(1): [aprox. 4p.]. Disponible a: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010
180. Sierra J, Jiménez - Navarro C, Domingo J. Calidad del sueño en estudiantes universitarios Importancia de la higiene del sueño. *Salud Ment*. 2002;25(6):35-43.
181. Sachie KW, Willis S. *Psicología de la edad adulta y la vejez*. 5ª ed. Madrid: Pearson editor; 2003.

182. Serrano R, Biedina L, Moscoso D, Martín M. Salud percibida, ejercicio físico y deporte en la población mayor española. 4o Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Mayores; 2011 Març 4-6; Málaga, España; 2011.
183. Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad física recreativa. MH Salud. Universidad Nacional Borreal, Costa Rica; 2004 Set 24;1(1):1-12.
184. González Y, Galván I. Plan de actividades físico - recreativas para contribuir a la incorporación de los adultos mayores al círculo de abuelos de la comunidad Moralito, municipio de Colón, estado de Zulia. Pod G Deport Rev electrónica Cienc e innovación tecnológica en el Deport. República de Bolivia [serie a Internet]. 2011 Març [citad 12 Set 2012];15: [aprox. 4 p.]. Disponible a:
http://www.gdeportes.cu/Podium/2011_15/Trabajos/Podium_No15_09.pdf
185. Pucci G, Rodrigo SR, Cassiano RR, Hallal PC. Quality of life and physical activity among adults: population-based study in Brazilian adults. Qual Life Res. 2012 Feb 24;21(9):1537-43.
186. Braun D, Guptan D, Staren E. Quality of life assessment as a predictor of survival in non-small cell lung cancer. Biomed Cent Cancer. 2011 Ago 15;11(1):353.
187. De - Juanas A, Limón MR, Navarro E. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. Pedagog Soc Rev Interuniv. 2013;22:153-68.
188. Esteve M, Collado A. El hábito de lectura como factor protector de deterioro cognitivo. GacSanit. 2013;27(1):67-71.
189. Jefferson AL, Gribbons LE, Rentz DM, Janessa O, Manly J, Bennet D, Jones RN. A life course model of cognitive activities, socioeconomic status, education, reading ability and cognition. JAGS. 2011;59(8):1403-11.
190. Guzmán JM, Huenchuán S, Montes de Oca V, editors. Redes de apoyo social a las personas mayores. Documento de la Reunión de Expertos en redes de apoyo social a personas mayores: El rol del Estado. la familia y la comunidad; 2002 9-12 des 10-12; Santiago de Chile: CEPAL - CELADE; 2002.
191. Naciones Unidas. Informe de la Segunda Assamblea Mundial sobre Envejecimiento [monografía a Internet]. Nueva York (EUA): Naciones Unidas; 2002 [citad 10 Nov 2011]. Disponible a: http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf
192. Arias C, Scolni M. Evaluación de la Calidad de Vida a los viejos en la ciudad de Mar del Plata. A: Mirada C, editors. La ocupación en la vejez: Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional. Mar de Plata: Ediciones Suárez; 2005. p. 55-68.
193. Arias C. El apoyo social en la vejez: La familia, los amigos y la comunidad. Rev Kairós Gerontol. 2013;16(4):313-29.

194. Love A, Goldman N, Rodriguez G. Is positive well - being protective of mobility limitations among older adults? *J Gerontol.* 2008 Gen 30;63 (6):321–7.
195. Ferguson S, Googwin A. Optimism and Well-being in older adults: The Mediating Role of Social Support and Perceived Control. *Int J Aging Hum Dev.* 2010;71 (1):43–68.
196. Martín E. La prevención comunitaria. *Rev sobre Igual y Calid Vida.* 1994;3(7): 21-34.
197. Krzemien D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. Mar de Plata: Grupo de investigación psicológica del desarrollo de la Universidad de Mar de Plata; 2001.
198. Lirio J, Alonso D, Herránz I. Envejecer participando. El proyecto “Entre mayores”. Una experiencia de investigación acción. 1ª ed. Castilla - La Mancha: Miño y Dávila; 2009.
199. Lahuerta C, Borrell C, Rodriguez-Sanz M, Perez K, Nebot M. The influence of the social network on mental health in the elderly. *Gac Sanit.* 2004;18(2):83–91
200. Martínez M, García M, Maya I. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema.* 2001 Feb 20;13(4):605–10.
201. Mansell J, Beadle - Brown J. Desinstitucionalización y vida en la Comunidad. Declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas, de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID). Zerbilzuan. 2011;49:137–46.
202. Govern País Basc. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. [monografía a Internet]. Oaskidetza: Govern del País Basc; 2010 [citad 10 Jul 2012]. Disponible a:
https://apps.euskadi.eus/r85skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
203. Leturia FJ, Díaz O, Sannino C, Martínez de la Eranueva R. La atención sanitaria a las personas con discapacidad. *Rev Española la Discapac.* 2014 Juny 2;2(1):151–64.
204. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España. [monografía a Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citad 10 Set 2010]. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>
205. Hulka BS, Wheat J. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care.* 1986;23 (5):438–60.
206. Andersen R. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Med Care.* 2008;46(7):647–53.
207. Martín - Fernández J, Gómez - Gascón T, del Cura - González MI, Tomás - García N, Vargas - Machuca C, Rodríguez - Martínez G. La calidad de vida relacionada con la salud como factor explicativo de la utilización de la consulta de medicina de familia: un estudio bajo el modelo conductual. *Rev Espa Salud Pública.* 2010;84(3):309–19.

208. Parkerson GR, Harrell FE, Hammond EW, Wang X. Characteristics of adult primary care patients as predictors of future health services charges. *Med Care*. 2001;39 (11):1170–81.
209. Pariente - Rodrigo E, García - Garrido AB, Castela - Bárcena LM, González - Expósito J, Olmos - Martínez JM, Hernández - Hernández J. Predicción del uso de consultas en el anciano a partir de las variables de género, edad, comorbilidad y cita previa. *Semergen*. 2011 Maig 6;37(8):405–11.
210. Pariente E, García-Garrido AB, Gómez F, Gálvez E, González J, López I, Rojo P, Alessia G. Calidad de vida relacionada con la salud como variable explicativa del consumo de consultas en atención primaria: Un análisis por sexo. *Rev Esp Salud Pública*. 2015;89 (1):61–75.
211. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón P, Bánegas J, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Heal*. 2006 Juny 16;6(1):155
212. Bellón JA, Delgado-Sánchez A, Luna J, Lardelli - Claret P. Patient psychosocial factors and primary care consultations: a cohort study. *Fam Pr*. 2007 Set 28;24 (6):562–9.
213. Genua M, Miró B, Hernanz R, Martínez M, Miró M, Pardo C. Capítulo 8: Geriatria. A: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, editors. *Farmacia Hospitalaria Tomo II*. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2002. p. 959–92.
214. López MV, Montes de Oca M, Halbert R, Muiño A, Talamob C, Pérez-Padilla R, et al. Comorbilidades y estado de salud en individuos con y sin EPOC en 5 ciudades de América Latina: Estudio PLATINO. *Arch Bronconeumol*. 2013;49(11):468–74.
215. Sundh J, Stållberg B, Lisspers K, Montgomery SM, Janson C. Co-morbidity, body mass index and quality of life in COPD using the Clinical COPD Questionnaire. *COPD*. 2011;8:173–81.
216. Brenes L, Menéndez J, Guevara A. Comorbilidad y Discapacidad: Su relación en adultos mayores de la ciudad de la Habana. *GEROINFO RNPS* 2110. 2006;2(2):24.
217. Araujo I, Paul C, Martins M. Vivir con más edad en el contexto familiar: Dependencia no, autocuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):869–75.
218. Brito de TRP, Pavarini S. The relationship between social support and functional capacity in elderly persons with cognitive alteration. *Rev Lat-Am Enferm*. 2012 Juny 25;20(4):677–84.
219. Lourenço TM, Lenardt MH, Klettemberg DF, Seima MD, Talmann AEC, Neu D. Capacidad funcional en edades longevas: Una revisión integradora. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):175–85.
220. Aires M, Paskulin LMG, Morais E. Functional capacity of elder elderly: Comparative study in three region of Río Grande do Sul. *Rev Lat- Am Enferm*. 2010;18(1):11–7.

221. Nunes F, Nunes A, Maria S. Comparación entre la capacidad y desempeño: Un estudio sobre la funcionalidad de ancianos dependientes. *Rev Lat-Am Enferm.* 2013 Ag 21;21(6):1321–9.
222. Gorostegui ME, Dörr A, Bascuñán ML. Procesos cognitivos. A: Gorostegui ME, Dörr A, Bascuñán ML, editors. *Psicología general y evolutiva.* Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2008. p. 36–42.
223. Martínez C, Pérez V. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2006; 22 (1): 1-13.
224. León - Arcila R, Milán - Sauzo F, Camacho - Calderón N. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47(3):277–84.
225. Durán - Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Guitérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Univ.* 2013 Març 30;10(2):36–42.
226. Sistiaga A, Castillo-Triviño T, Jone A, Gaztañaga M, Acha J, Arruti M, et al. Rendimiento cognitivo y calidad de vida de la esclerosis múltiple en Gipuzkoa. *Rev Neurol.* 2014 Març 14;58(8):337–44.
227. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en atención primaria de la salud. Washington (DC): Organización Mundial de la Salud; 2010.
228. Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Publica Mex.* 2007;40(5):367–75.
229. Bender A, Brookes L. Proceedings of the First International Meeting on Body Weight Control. A: Body Weight Control, editor. Montreux; Suissa; 1985.
230. Vellas BJ, Sachet P, Baumgarther RJ. Intervención nutricional en el anciano. Barcelona: Glosa; 2002.
231. Gollub E, Weddle D. Improvements in Nutritional Intake and Quality of Life among Homebound Older Adults Receiving Home - Delivered Breakfast and Lunch. *Am Diet Soc.* Miami; 2004;104(8):1227–35.
232. Brantervik A, Jacobsson I, Grimby A, Wallén T, Bosaeus I. Older hospitalised patients at risk of malnutrition: correlation with quality of life, aid from the social welfare system and length of stay? *Age Aging.* 2005 Juny 13;34 (5):444–9.
233. Norman K, Kirchner H, Lochs H, Pirlich M. Malnutrition affects quality life in gastroenterology patients. *World J Gastroenterol.* China; 2006 Juny 7;12(21):3380–5.

234. De la Montaña J, Areal C, Miguez M. Evaluación del riesgo nutricional mediante el MNA en una población anciana no institucionalizada. Arch Latinoam Nutr Órgano Of la Soc Latinoam Nutr. 2009 Ag 3;59 (4) 390-95
235. Taylor V. Measuring Healthy Days: Population Assessment of Health - Related Quality of Life. Atlanta: CDC, editor; 2000.
236. Starks H, Brown S. Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. Qual Heal Res. 2007;17 (10):1372–80.
237. Elo S, Hyngäs K. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2008 Març 18;62(1):107–15.
238. Jürschik P, Nuin C, Botigué T, Escobar M, Lavedán A, Viladrosa M. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: The FRALLE survey. Arch Gerontol Geriatr. 2012;55(3):625–31.
239. Ware JE, Sherbourne C. The MOS 36- Item Short - Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473–83.
240. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36. Health Survey Manual and Intepretation Guide. New England Medical Center THI, editor. Boston, MA; 1993.
241. Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to score Version 2 of the SF-12 Health Survey (with a Supplemen Documenting Version 1). Quality Metric Incorporated. Lincoln, RI; 2002.
242. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Flitzpatrick R. Quality of life measurment: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. BMJ Br Med J. 2002 Juny 15;324(7351):1417.
243. Ware JE, Kosinski M, Keller S. SF-36 Physial and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. 2ª ed. Boston: QualityMetric; 2001.
244. Otero A, Zunzunegui MV, Béland F, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes M. Relaciones sociales y envejecimiento saludable. 1ª ed. Bilbao: Fundación BBVA, editor; 2006.
245. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie C. A new method of clasifying prognostic comorbidity in longitudinal studies development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373–83.
246. Deyo RA, Cherkin DC, Ciol M. Adating a clinical comorbidity index for use with ICD - 9-CM administrative databases. J Clin Epidemiol. 1992;45(6):613–9.
247. Romano PS, Roos LL, Jollis J. Adapting a clinical comorbidity inex for use with ICD - 9- CM administrative data: differing perspctives. J Clin Epidemiol. 1993;46(10):1075–9.

248. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe M. Studies of Illness in the Aged the Inex of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychological Funtion. JAMA. 1963;179-86.
249. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1975;22:433-41.
250. Radolff J. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas. 1977;1:385-401.
251. Guigoz Y, Vellas B, Garry P. Mini - Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontol. 1997;4:15-60.
252. Rubenstein LZ, Harker JC, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(6):M366-72.
253. Pino M, Bezerra F, Portela J. Calidad de vida en personas mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud. Rev Investig en Educ. 2009;6:70-8.
254. Nilsson CJ, Avlund K, Lund R. Social inequality in onset of mobility disability among older Danes: The Mediation Effect of Social Relations. J Aging Heal. 2010 Març 15; 22 (4):522-41
255. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Las personas mayores en España. Informe 2008. [monografía a Internet]. Madrid: IMSERSO; 2008. [citad 30 Set 2010]. Disponible a:
http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=34
256. Instituto Nacional de Encuestas. Encuesta Nacional de Salud 2006 [base de dades a Internet]. Madrid: INE. c2006 - [citad 2 set 2010]. Disponible a:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
257. Van de Velde S, Bracke P LK. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. Soc Sci Med. 2010 Abr 24;71(2):305-13.
258. Börssch-Supan A, Jürges H. SHARE. Health, ageing and retirement in Europe. 1ªed. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging; 2005.
259. Jürschik P, Torres J, Solà R, Nuin C, Botigue T. Estado nutricional de la población mayor de Cataluña de diferentes niveles asistenciales. Arch Latinoam Nutr. 2009;59(1):38-46.
260. Azpiazu M, Cruz A, Vilagrassa JR, Abanades JC, García N, Alvear Valero F. Factores Asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en persones mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública. 2002;76(6): 683-699.

261. Kirchengast S, Hashinger B. Gender differences in health related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians. *Gend Med*. 2008;5(3):270–8.
262. Molina JM, Sánchez MD, Rubio R, Uribe A. Diferencias en la calidad de vida y estado anímico en pacientes mayores hospitalizados según género. *Pensam psicológico*. 2005;1(4):17–26.
263. Hodek JM, Ruhe A, Greiner W. Multimorbidity and health-related quality of life among elderly persons. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*. 2009; 52 (12):1188–201.
264. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crónica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo. *Ciênc Saúde coletiva*. 2011;16 (6):2919–25
265. Nieto ML, Alonso L. ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? *Salud Uninorte*. 2007 Set 30;23(2):292–301.
266. Alonso LM, Escorcía I. Ser humano como totalidad. *Salud Uninorte [sèrie a Internet]*. 2003 Jul [citad 20 Feb 2011];17:[aprox. 3p.]. Disponible a:
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4163/5617>
267. Leger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C. SF-36: Evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosom Med*. 2001;63(1):49–55.
268. Schubert CR, Cruickshanks KJ, Dalton D, Klein B, Nondahi M. Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*. 2002;25(8):889–93.
269. Cárdenas RM, Peralta I. La inactividad física, un factor de riesgo en la calidad de vida de los adultos entre los 40 y 60 años, en la ciudad de Cuenca [tesis]. Cuenca (Ecuador): Universidad de Cuenca; 2010.
270. Jiménez M, Martínez P, Miró E, Sánchez A. Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿Están asociados a la práctica de ejercicio físico? *Int J Clin Heal Psychology*. 2006;8(1):185–202.
271. Torres RM. Aprendizaje a lo largo de toda la vida: Un nuevo momento y una nueva oportunidad para el aprendizaje y la educación básica de las personas adultas (AEBA) en en Sur. *Inst Fronesis*. 2002;1–155.
272. Torres RM. Alfabetización y aprendizaje a lo largo de toda la vida. *Rev Interam Educ Adultos*. Ecuador; 2006;1:1–13.
273. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev Elsevier*. 2011 Març 23;10 (4):430–9.

274. Higashi T, Wenger NS, Adams JL, Fung C, Roland M, McGlynn A, Revees D, Asch S, Eve A, Kerr M, Shekelle P. Relationship between number of medical conditions and quality of care. *N Engl J Med*. 2007 Jun 14;356:2496–504.
275. Yaguas J. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. 1ª ed. Madrid: IMSERSO; 2006.
276. Guillén F. Geriatría XXI: Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. 1ª ed. Madrid: EDIMSA; 2000.
277. Fernández EJ, Sánchez C. Estudio de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado. *Rev TOG [sèrie a Internet]*. 2014 Nov [citado 10 Feb 2014];11(20):[aprox. 6p.]. Disponible a: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original2.pdf>
278. Urzúa A, Pavlov R, Cortés R, Pino V. Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. *Ter Psicológica*. 2011;29(1):135–40.
279. Álvarez F, Fernández M, Vázquez A, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*. 2001;21(2):191–9.
280. Hutter N, Vogel B, Alexander T, Baumeister H, Helmes A, Bengel J. Are depression and anxiety determinants or indicators of quality of life in breast cancer patients? *Psychol Health Med*. 2013;18(4):412–9.
281. García P, Candía P, Duran S. Asociación del consumo de desayuno y la calidad de vida en adultos mayores autónomos chilenos. *Nutr Hosp*. 2014;30(4):845–50
282. Huang C, Hu H, Fan Y, Liao Y TP. Associations of breakfast skipping with obesity and health-related quality of life: evidence from a national survey in Taiwan. *Int J Obes*. 2010 Gen 12;34(4):720–5.
283. Jiménez-Redondo S, Beltrán B, Gómez-Pavón J, Cuadrado C. Non-institutionalized nonagenarians health-related quality of life and nutritional status: is there a link between them? *Nutr Hosp*. 2014 Set 1;30(3):602–8.
284. Jiménez-Redondo S, Beltrán B, Gavidia J, Guzmán L, Cuadrado C, Gómez-Pavón J. Influence of nutritional status on health-related quality of life of non-institutionalized older people. *J Nutr Heal Aging*. 2014;18(4):359–64.
285. Kaplan MS, Huguet N, Feeny D, McFarlan BH, Caetano R, Bernier J, Giesbrecht N, Oliver L, Ross N. Alcohol use patterns and trajectories of health –related quality of life in middle – aged and older adults: a 14 – year population – based study. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012; 73(4):581-90.
286. Kim K, Kim J. The association between alcohol consumption patterns and health –related quality of life in a nationally representative sample of South Korean adults. *PLoS*. [sèrie a Internet]. 2015 Març [citado 17 Jul 2015];10(3):[aprox. 6p.]. Disponible a: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0119245>.

287. Holahan CK, Holahan CJ, North RJ, Hayes RH, Powers DA, Ockene JK. Smoking status, physical health – related quality of life, and mortality in middle – aged and older women. *Nicotine Tob Res.* 2013; 15(3):662-9.

ANNEXOS

EVOLUCIÓ DEL PROCÉS DE FRAGILITAT DE LA POBLACIÓ GRAN DE LLEIDA



Amb la col·laboració:



Bon dia, formo part de l'equip investigador i prosseguirem a realitzar-li l'entrevista que durarà aproximadament uns 50 minuts.

DADES PERSONALS

Gènere: 1. Home 2. Dona

CAP de referència: _____

Data de naixement: ____/____/____

Partida: 1. Sí (quan sigui una partida que no tingui carrer ni número) 2. No (la resta)

PROVES

1.- Primerament, haurà de caminar des de la marca d'inici fins a la final. Ha de fer-ho caminant però el més ràpid possible, sense córrer. És per saber el temps que tarda. (Cal mesurar prèviament la distància de 4,6 metres exacta i col·locar dues marques, la d'inici i final. Cal començar a cronometrar en el moment en què comenci a caminar i parar-lo quan hagi superat la marca) _____ seg.

A continuació drem a terme una sèrie de mesures antropomètriques que ens serviran per saber el seu estat nutricional.

2.- Pes habitual: _____ kg. (preguntar-ho abans de pesar, quan creu que pesa)

3.- Pes actual: _____ kg. (vestit (sense jaqueta, abric, ...) i sense calçat)

4.- Talla: _____ cm. (sense calçat)

5.- Altura taló-genoll: _____ cm. (1)

6.- Circumferència panxell: _____ cm. (mesurar-ho per la zona més desenvolupada del bessó)

7.- Circumferència braquial: _____ cm. (2)

8.- Longitud del cúbit: _____ cm. (3)

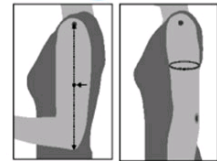
9.- Extensió del braç: _____ cm. (4)

(1)



1. S'ha de mesurar, si és possible, a la cama esquerra, amb la persona asseguda, sense sabates i el genoll en angle *.
 2. Medir la distància entre la mà posada damunt del genoll i el punt de contacte del taló amb el terra, seguint una línia recta que ha de passar pel mal·lèol extern.
- *També pot fer-se a persones enllitades, posant la cama en angle de 90°.

(2)



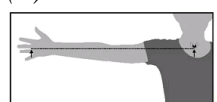
1. Doblegar el colze fins que formi un angle de 90° amb l'avantbraç.
2. Amb l'ajuda d'un metre, calcula i assenyala el punt mig entre la distància de l'acròcion de l'espatlla i el olècran del colze.
3. Estirar el braç al llarg del cos i rodejar amb la cinta mètrica el punt assenyalat, sense comprimir.
4. En persones enllitades, es mantindrà el braç estirat al llarg del cos amb el palmell de la mà cap a amunt.

(3)



1. Es realitza com es veu a la figura, posant el braç esquerra creuat sobre el pit, amb la mà plana, tancada y els dits apuntant a l'espatlla dreta.
2. Es mesura la distància existent entre el colze i l'os més prominent del canell (apòfisi estiloides).

(4)



1. Posar el braç en horitzontal amb l'espatlla i el canell recte.
2. Mesurar la distància entre l'angle inferior de la "V" de l'estèrnum i la base del dit mig de la mà.

10.- I finalment, mesurarem la força de la seva mà dominant mitjançant un dinamòmetre, ho ha de fer de manera progressiva, ja que s'aconsegueix més força que si es fa de cop: (es realitzaran 3 mesures, indicar la mesura de l'escala inferior, de 0 a 40)

1. _____ kg.

2. _____ kg.

3. _____ kg.

FACTORS PSICOLÒGICS

11.- Iniciarem el qüestionari fent-li unes preguntes per tal d'avaluar la seva memòria, si alguna no la sap o bé no la recorda, passarem a la següent.

	INCORRECTE
11.A.- Quina dia és avui? <i>(completa)</i> ___/___/_____	
11.B.- Quin dia de la setmana? _____	
11.C.- On som ara (municipi)? _____	
11.D.- Quin és el seu número de telèfon? Si no en té, quina és la seva direcció?	
11.E.- Quants anys té?	

	INCORRECTE
11.F.- Quina és la seva data de naixement ___/___/_____	
11.G.- Qui és ara el president del govern? <i>(És suficient cognom)</i>	
11.H.- Qui va ser l'anterior president del govern? <i>(És suficient cognom)</i>	
11.I.- Quins són els dos cognoms de la seva mare?	
11.J.- Vagi restant de 3 amb 3 al núm. 20 fins arribar a 0	

ERRORS TOTALS *(Sense estudis: permès 1 error +)*

Si 3 o més errors, ha de fer el qüestionari el PROXY

*En el cas que respongui el PROXY, **NO** fer les preguntes marcades*

12.- NO FER A PROXY. Alguna de les següents frases reflecteix com s'ha sentit durant l'última setmana? (És preferible que l'enquestat no estigui acompanyat, en cas de què ho estigui ha de respondre sol, sense intervenció de l'acompanyant)

	Mai o gairebé mai (menys d'1 dia)	A vegades (1-2 dies)	Amb freqüència (3-4 dies)	Sempre o gairebé sempre (5-7 dies)
- Em van molestar coses que normalment no em molesten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- No em sentia amb ganes de menjar, tenia mal apetit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Em sentia que no podia treure'm la tristesa de sobre, ni amb l'ajuda de la família o amics	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Sentia que era tan bo com qualsevol altra persona	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Tenia dificultat per a mantenir la ment en el que estava fent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Em vaig sentir deprimat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Sentia que tot el que feia era un esforç	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Em sentia optimista sobre el futur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Vaig pensar que la meua vida havia estat un fracàs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Em sentia amb por	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- El meu son era inquiet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Estava content	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Vaig parlar menys de l'habitual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Em vaig sentir sol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- La gent no era amistosa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Vaig gaudir de la vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Vaig estar estones plorant	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

- Em vaig sentir trist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Sentia que no li queia bé a la gent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- No tenia ganes de fer res	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Vaig patir dels nervis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
- Em vaig sentir nerviós, preocupat o alterat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

ASPECTES SOCIODEMOGRÀFICS

13.- Quin és el seu estat civil :

- 1. Solter/a
- 2. Casat/da
- 3. En parella (però no casat/da)
- 4. Separat/da, divorciat/da (sense parella actualment)
- 5. Vidu/vídua

14.- Quin nivell d'estudis és el més alt que ha acabat?

- 1. No sap llegir ni escriure
- 2. No va acabar els estudis primaris
- 3. Primaris (fins 11-12 anys, abans del Batxiller Elemental)
- 4. Secundaris de Primer Grau (12 a 16 anys, Batxiller Elemental)
- 5. Secundaris de Segon Grau (16 a 18 anys, Batxiller Superior)
- 6. Universitaris

15.- Quina professió tenia? (En el cas de què n'hagi realitzar més d'una, marcar la que feia habitualment o durant més temps)

- 1. Professional o alt càrrec administratiu (metge/-essa, professor/a, enginyer/a, artista, gerent, executiu/va, alt oficial del Govern, etc.)
- 2. Vendes o serveis (gerent de vendes, propietari/ària d'una botiga, venedor/a, agent d'assegurances, policia, cambrer/a, cuidador/a, perruquer/a, etc.)

- 3. Treballador/a qualificat/da o personal administratiu (supervisor/a, mecànic/a, tipògraf/a, costurera, electricista, secretari/ària, empleat/da, comptable, etc.)
- 4. Treballador/a semiqualeficat/a o no qualificat/da (paleta, conductor/a d'autobús, treballador/a de fàbrica, forner/a, peó, mosso, etc.)
- 5. Granja-camp (agricultor/a, treballador/a agrícola)
- 6. Militar
- 7. Feina de la llar
- 8. Feina sense sou
- 9. Altres: _____

16.- Amb qui viu habitualment?

- 1. Sol/a
- 2. Espòs/a
- 3. Fills/es
- 4. Espòs/a i fills/es
- 5. Altres: _____

17.- Quin és el total d'ingressos que, per tots els conceptes, entren a la seva llar mensualment? (No són els ingressos individuals, sinó els totals que entren a casa)

- 1. Menys de 400€
- 2. Entre 400€ i 600€
- 3. Entre 600€ i 900€
- 4. Entre 900€ i 1200€
- 5. Entre 1200€ i 1800€
- 6. Més de 1800€
- 7. Prefereix no contestar

ESTAT DE SALUT

18.- Pot sentir vostè un programa de televisió a un volum que altres considerin normal? (Si utilitza pròtesi auditiva o un audiòfon, considerar que són situacions en les quals l'està utilitzant).

- 1. Sí (passar a la pregunta 20)
- 2. No

19.- Pot sentir-lo a l'augmentar el volum?

- 1. Sí
- 2. No

20.- Hi veu vostè suficientment bé com per a reconèixer una persona a una distància de quatre metres, per exemple, a l'altre costat del carrer? (Si utilitza ulleres o lents de contacte, considerar que la pregunta es refereix a aquelles situacions en què les està utilitzant)

- 1. Sí
- 2. No

21.- I la pot reconèixer a una distància d'un metre?

- 1. Sí

2. No

22.- Creu que li ha disminuït el gust?

1. Sí
 2. No

23.- Creu que li ha disminuït l'olfacte?

1. Sí
 2. No

24.- Quants medicaments diferents pren vostè al dia?

--	--

25.- Ha patit o pateix algunes de les següents malalties? (multiresposta) (verificar la resposta o consultar a la història clínica)

Infart de miocardi: ha d'existir evidència a la història clínica de què el pacient va ser hospitalitzat per això, o bé evidències de què van existir canvis a enzims i/o a l'ECG.	1
Insuficiència cardíaca: ha d'existir història de dispnea de esforços i/o signes d'insuficiència cardíaca a l'exploració física que van respondre favorablement al tractament amb digital, diurètics o vasodil·latadors. Els pacients que estiguin prenent aquests tractaments, però no puguem constatar que hi va haver millora clínica dels símptomes i/o signes, no s'inclouran com a tals.	1
Malaltia arterial perifèrica: inclou claudicació intermitent, intervinguts de <i>by-pass</i> arterial perifèric, isquèmia arterial aguda i aquells amb aneurisma de l'aorta (toràcica o abdominal) de > 6 cm de diàmetre.	1
Malaltia cerebrovascular: pacients amb AVC amb mínimes seqüeles o AVC transitori.	1
Demència: pacients amb evidència a la història clínica de deteriorament cognitiu crònic.	1
Malaltia respiratòria crònica: ha d'existir evidència a la història clínica, a l'exploració física i a l'exploració complementària de qualsevol malaltia respiratòria crònica, incloent MPOC i asma.	1
Malaltia del teixit connectiu: inclou lupus, polimiositis, malaltia mixta, polimiàlgia reumàtica, arteritis cel. gegants i artritis reumatoide.	1
Úlcera gastroduodenal: inclou a aquells que han rebut tractament per un úlcus i aquells que van tenir sagnat per úlceres.	1
Hepatopatia crònica lleu: sin evidència de hipertensió portal, inclou pacients amb hepatitis crònica.	1
Diabetis: inclou els tractats amb insulina o hipoglucemiant, però sense complicacions tardanes, no s'inclourien els tractats únicament amb dieta.	1
Hemiplegia: evidència d'hemiplegia o paraplegia com a conseqüència d'un AVC o un altra condició.	2
Insuficiència renal crònica moderada/severa: inclou pacients amb diàlisi, o bé amb creatinines > 3 mg/dl objectivades de forma repetida i mantinguda.	2
Diabetis amb lesió a òrgans diana: evidència de retinopatia, neuropatia o nefropatia, s'inclouen també antecedents de cetoacidosis o descompensació hiperosmolar.	2
Tumor o neoplàsia sòlida: inclou pacients amb càncer, però sense metastàsis documentades.	2
Leucèmia: inclou leucèmia mielòide crònica, leucèmia limfàtica crònica, policitemia vera, altres leucèmies cròniques i totes les leucèmies agudes.	2
Linfoma: inclou tots els linfomes, Waldstrom i mieloma.	2
Hepatopatia crònica moderada/severa: amb evidència d'hipertensió portal (ascitis, varius esofàgiques o encefalopatia).	3
Tumor o neoplàsia sòlida amb metastàsis.	6
Sida definit: no inclou portadors asimptomàtics.	6
Índex de comorbiditat (suma puntuació total)	

HÀBITS DE SALUT

26.- Podria dir-me si fuma vostè?

1. No he fumat mai
 2. Exfumador
 3. Fumador ocasional
 4. Fumador habitual (diàriament)

27.- Amb quina freqüència beu alcohol?

1. No en bec mai (en ocasions especials)
 2. Un o dos cops al mes
 3. Un o dos cops a la setmana
 4. Diàriament, només als àpats
 5. Diàriament, entre àpats i durant els àpats

28.- Llegeix el diari, llibres o revistes?

1. A diari
 2. Amb freqüència (algunes vegades a la setmana)
 3. Poques vegades (menys d'una vegada a la setmana)
 4. Mai o gairebé mai

5. No sap llegir

29.- Pren alguna medicació per dormir?

1. Diàriament
 2. Ocasionalment
 3. Mai

30.- I respecte al son, té algun dels següents problemes?

	Mai	Gairebé mai	A vegades	Molt sovint
Es desperta molt aviat (abans del que voldria)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Li costa molt adormir-se	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Dorm malament durant la nit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Es desperta moltes vegades durant la nit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

31.- Digui en quina freqüència realitza les següents activitats:

	Mai	< 1 per setm	1-2 per setm	3-4 per setm	5-7 per setm	< 30 min cada veg	30-60 min cada veg	> 60 min cada veg
1. Caminar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Esports lleugers (bitlles)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Esports moderats (ballar)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Esports vigorosos (nedar, caçar, muntanyisme, pesca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Treball de casa lleuger	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Treball de casa pesat	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Tenir cura del jardí o hort	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Tenir cura de persones malaltes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Tenir cura de nens	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

CAPACITAT FUNCIONAL

32.- Li nombraré una sèrie d'activitats corrents de la vida de qualsevol persona. M'agradaria saber si té dificultats per a realitzar alguna d'elles, i en aquest cas, des de quina edat li costa, qui l'ajuda a realitzar-les (espòs/a, fill/a, professional, etc.) i l'edat d'aquesta persona. (Cal que quedi definit el sexe i el vincle familiar, en el cas de que n'hi hagi, del qui l'ha realitza)

BANYAR-SE: (a la banyera o dutxa)

No necessita ajuda (entra i surt de la banyera per sí mateix, rep ajuda per només una part del cos, ex: esquena, cames).	<input type="checkbox"/> 1
Necessita ajuda per a rentar-se més d'una part del cos, per a sortir o entrar a la banyera, o no es banya sol.	<input type="checkbox"/> 0
	Des de quina edat? _____
	Qui? _____ Edat : _____

VESTIR-SE: (inclou treure la roba d'armaris i calaixos, i maneig de botons i mitges)

Treu la roba i es vesteix sense ajuda, excepte cordar-se les sabates.	<input type="checkbox"/> 1
Necessita ajuda per treure la roba o vestir-se, o queda parcialment vestit.	<input type="checkbox"/> 0
	Des de quina edat? _____
	Qui? _____ Edat : _____

ANAR AL WC: (inclou anar al WC, arreglar-se la roba i la neteja dels òrgans excretors)

Va al WC, es neteja i s'arregla la roba sense ajuda (pot utilitzar un objecte d'ajuda, com un bastó o cadira de rodes, o utilitzar la cunya o cadira de bany, si les buida sense ajuda).	<input type="checkbox"/> 1
Necessita ajuda per anar al WC, netejar-se, arreglar-se la roba o per utilitzar la cunya o cadira de bany. No va al WC.	<input type="checkbox"/> 0
	Des de quina edat? _____
	Qui? _____ Edat : _____

DESPLAÇAR-SE:

Entra i surt del llit, s'aixeca i s'estira al llit, i s'aixeca i s'asseu a una cadira, sense ajuda (pot utilitzar un objecte d'ajuda, com un bastó).	<input type="checkbox"/> 1
Necessita ajuda per a aixecar-se i estirar-se o asseure's. No s'aixeca del llit.	<input type="checkbox"/> 0
	Des de quina edat? _____
	Qui? _____ Edat : _____

CONTINÈNCIA:

Control complet de la micció i la defecació.	<input type="checkbox"/> 1
Incontinència total o parcial. Necessita supervisió, sonda vesical, enemes o és incontinent.	<input type="checkbox"/> 0
	Des de quina edat? _____
	Qui? _____ Edat : _____

ALIMENTAR-SE: (inclou portar l'aliment fins a la boca des del plat o equivalent)

S'alimenta sense ajuda excepte per a tallar la carn o sucra el pa	<input type="checkbox"/> 1
Necessita ajuda per alimentar-se o és alimentat parcial o completament mitjançant sondes o líquids intravenosos.	<input type="checkbox"/> 0
	Des de quina edat? _____
	Qui? _____ Edat : _____

UTILITZAR EL TELÈFON: *(Inclou buscar i marcar els números)*

1. Utilitza el telèfon per iniciativa pròpia i sense ajuda	<input type="checkbox"/> 1	
2. Marca bé números coneguts	<input type="checkbox"/> 1	
3. Contesta al telèfon, però no marca	<input type="checkbox"/> 1	
4. No utilitza mai el telèfon	<input type="checkbox"/> 0	Des de quina edat? _____ Qui? _____ Edat : _____

FER COMPRES:

1. Realitza totes les compres necessàries sense ajuda	<input type="checkbox"/> 1	
2. Realitza independentment petites compres	<input type="checkbox"/> 0	Des de quina edat? _____ Qui? _____ Edat : _____
3. Necessita anar acompanyat per a fer qualsevol compra	<input type="checkbox"/> 0	
4. No pot anar a comprar	<input type="checkbox"/> 0	

PREPARAR EL MENJAR:

1. Organitza, prepara i serveix el menjar sense ajuda	<input type="checkbox"/> 1	
2. Prepara adequadament les menjades si se li proporcionen els ingredients	<input type="checkbox"/> 0	Des de quina edat? _____ Qui? _____ Edat : _____
3. Prepara, calenta i serveix els menjars, però no segueix una dieta adequada.	<input type="checkbox"/> 0	
4. Necessita que li preparin i serveixin les menjades	<input type="checkbox"/> 0	

TASQUES DOMÈSTIQUES:

1. Manté la casa sol o amb ajuda ocasional (per a feines pesades)	<input type="checkbox"/> 1	
2. Realitza tasques lleugeres, com rentar els plats o fer els llits	<input type="checkbox"/> 1	
3. Realitza tasques lleugeres, però no pot mantenir un adequat nivell de neteja	<input type="checkbox"/> 1	
4. Necessita ajuda en totes les feines de la casa	<input type="checkbox"/> 1	
5. No participa en cap tasca domèstica	<input type="checkbox"/> 0	Des de quina edat? _____ Qui? _____ Edat : _____

RENTAR LA ROBA:

1. Renta per sí mateix tota la roba	<input type="checkbox"/> 1	
2. Renta per sí mateix petites peces	<input type="checkbox"/> 1	
3. Tot el rentat de la roba ha de ser realitzat per un altre	<input type="checkbox"/> 0	Des de quina edat? _____ Qui? _____ Edat : _____

ÚS DE MITJANS DE TRANSPORT:

1. Viatja sol en transport públic o condueix el propi vehicle	<input type="checkbox"/> 1	
2. És capaç d'agafar un taxi, però no un altre mitjà de transport	<input type="checkbox"/> 1	
3. Viatja en transport públic quan va acompanyat d'una altra persona	<input type="checkbox"/> 1	
4. Només utilitza el taxi o el cotxe amb ajuda d'altres	<input type="checkbox"/> 0	Des de quina edat? _____ Qui? _____ Edat : _____
5. No viatja	<input type="checkbox"/> 0	

RESPONSABILITAT RESPECTE A LA MEDICACIÓ: *(tot i que no prengui medicació, en el cas que en tinguis ...)*

1. És capaç de prendre la medicació a l'hora i amb la dosi correcta	<input type="checkbox"/> 1	
2. Pren la medicació si la dosi li preparen prèviament (recorda de prendre-s'ho, però necessita que li preparin)	<input type="checkbox"/> 0	Des de quina edat? _____ Qui? _____ Edat : _____
3. No és capaç de responsabilitzar-se de la seva medicació	<input type="checkbox"/> 0	

MANEIG D'ASSUMPTES ECONÒMICS:

1. S'encarrega dels assumptes econòmics per sí mateix	<input type="checkbox"/> 1	
2. Realitza les compres cada dia, però necessita ajuda en les grans compres, bancs, ...	<input type="checkbox"/> 1	
3. Incapaç de manejar diners	<input type="checkbox"/> 0	Des de quina edat? _____ Qui? _____ Edat : _____

En el cas de què necessiti ajuda en alguna d'aquestes activitats i hagi identificat alguna persona que l'ajudi a realitzar-les, voldríem saber d'aquesta persona si: *(si és que NO, passar a la pregunta 36)*

33.- Disposa de la capacitat i preparació específica pel desenvolupament de les tasques requerides:

1. Sí
 2. No

34.- Rep remuneració econòmica per la labor realitzada?

1. Sí
 2. No

35.- Quantes hores destinen setmanalment per ajudar-lo en aquestes activitats?

	HORES
Familiar	
Professional remunerat	
No professional remunerat	
Altres: _____	

LIMITACIONS I DIFICULTATS

36.- Algun dels següents elements representen un obstacle o una barrera per a la seva vida diària? *(Multiresposta) (No fer-ho a enllitats o persones amb immobilitat total) (Una barrera és un element de l'entorn on viuen (habitatge, carrer, barri) que dificulta la mobilitat o impedeix realitzar alguna activitat habitual).*

1. Escales: 1.1. Sí 1.2. No
 2. El paviment o altres elements: 2.1. Sí 2.2. No
 3. Característiques dels transports públics: 3.1. Sí 3.2. No
 4. Altres barreres exteriors al seu habitatge: 4.1. Sí 4.2. No Quines? _____
 5. La banyera o altres elements del banys: 5.1. Sí 5.2. No
 6. Altres barreres dins de l'habitatge: 6.1. Sí 6.2. No Quines? _____

37.- NO FER A PROXY. Algun dels següents aspectes del seu habitatge suposa per a vostè un problema? *(llegir)*

1. Mida (massa gran o massa petita): 1.1. Sí 1.2. No
 2. Estat de conservació de l'habitatge: 2.1. Sí 2.2. No
 3. Estat de conservació de l'edifici: 3.1. Sí 3.2. No

38.- Considera que la seva casa està adaptada a les seves necessitats?

1. Sí
 2. No, necessita reparacions i es faran
 3. No, necessita reparacions però no poden fer-se

39.- Té ascensor?

- 1. Sí
- 2. No.

CAIGUDES

40.- NO FER A PROXY. Té vostè por de caure?

- 1. Sí
- 2. No (*passar a la pregunta 44*)

41.- NO FER A PROXY. Des de quan?

- 1. Fa menys d'1 any
- 2. Entre 1 i 2 anys
- 3. Més de 2 anys

42.- NO FER A PROXY. Ha deixat per això de realitzar alguna activitat?

- 1. Sí
- 2. No (*passar a la pregunta 44*)

43.- NO FER A PROXY. Des de quan?

- 1. Fa menys d'1 any
- 2. Entre 1 i 2 anys
- 3. Més de 2 anys

44.- Presenta vostè dificultat per ... ?
(*multirresposta*)

- 1. Aguantar-se d'en peu
- 2. Asseure's o aixecar-se de la cadira
- 3. Mantenir-se assegut
- 4. Recollir un objecte del terra
- 5. Aixecar-se
- 6. Córrer
- 7. Utilitzar ambdós braços
- 8. Utilitzar ambdues cames

45.- Com és la seva deambulació?

- 1. Normal
- 2. Segura amb ajuda (bastó, altra persona, ...)
- 3. Insegura amb o sense ajuda
- 4. Impossible

46.- Pateix alguna malaltia als peus?

- 1. Sí
- 2. No

47.- Ha caigut en l'últim any?

- 1. Sí
- 2. No (*passar a la pregunta 67*)
- 3. No ho sap (*passar a la pregunta 67*)
- 4. Si ha caigut, quantes vegades?: _____

La caiguda: referint-se a la última caiguda

48.- Era la primera caiguda?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No ho sap

49.- Precisar dia i mes: _____

50.- Moment del dia:

- 1. Matí
- 2. Tarda
- 3. Nit (precisar hora): _____

51.- Motiu de la caiguda:

- 1. Mareig
- 2. Accidentalment
- 3. Produïda per tercers (*animal, empenya*)
- 4. No ho recordo
- 5. Altres (precisar): _____

52.- Va caure quant llarg és?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. Del llit

53.- Quant temps ha estat a terra?

- 1. Es va aixecar immediatament
- 2. Uns minuts
- 3. Menys d'1 hora
- 4. Més d'1 hora
- 5. Més de 12 hores
- 6. No ho recorda

54.- Va poder aixecar-se?

- 1. Sí, sol
- 2. Sí, amb ajuda
- 3. No

Informació sobre les característiques de la caiguda

55.- Lloc de la caiguda:

- 1. Domicili
- 2. En un lloc públic (restaurant, supermercat, ...) (*passar a la pregunta 57*)
- 3. Al carrer (*passar a la pregunta 57*)
- 4. No ho recorda (*passar a la pregunta 57*)

56.- On ha caigut del domicili?

- 1. Cuina
- 2. Bany
- 3. Terrassa
- 4. Escales
- 5. Dormitori
- 6. Altres: _____

57.- Percepció del lloc:

- 1. Conegut
- 2. No conegut
- 3. No ho recorda

58.- Il·luminació del lloc de la caiguda:

- 1. Ben il·luminat
- 2. Mal il·luminat
- 3. No ho recorda

59.- Condicions meteorològiques:

- 1. Pluja
- 2. Neu
- 3. Vent
- 4. Gel
- 5. Molt assolellat
- 6. Cap dels anteriors: _____

60.- Hi havia algun objecte que afavorís la caiguda?

- 1. Sí
- 2. No (*passar a la pregunta 62*)

- 3. No ho recorda (*passar a la pregunta 62*)

61.- Havia estat instal·lat recentment?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No ho sap

62.- Condicions del terra :

- 1. Llis
- 2. Relliscós
- 3. Irregular
- 4. Pendent
- 5. Escales
- 6. Cap de les anteriors: _____

63.- Tipus de calçat:

- 1. Descalç
- 2. Sabatilles
- 3. Sabates
- 4. Altre (precisar): _____
- 5. No ho recorda

64.- Conseqüències immediates de la caiguda: (*multirresposta*)

- 1. Contusions, hematomes
- 2. Fractures. Quines? _____
- 3. Ferides superficials
- 4. Ferides profundes
- 5. Traumatisme cranial
- 6. Ingrés hospitalari
- 7. Hospitalització

65.- Ha canviat la manera de viure com a conseqüència de la caiguda?

- 1. Sí
- 2. No

66.- NO FER A PROXY. Té por de tornar a caure?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No ho sap

67.- NO FER A PROXY. Per a cada activitat indiqui el segur que està de poder fer-la sense caure.

	Molt segur	Segur	Bastant segur	No molt segur	No segur
1. Aixecar-se/Posar-se al llit sol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Dutxar-se/banyar-se	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Vestir-se/ Desvestir-se	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Recollir l'habitació	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Anar al menjador	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Pujar escales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Baixar escales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Rampes/desnivells entre superfícies	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Entrar/ sortir de vehicles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Pujar/ baixar d'autobusos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Caminar sense companyia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Caminar sense bastó	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Caminar sobre sòl irregular	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Caminar a les fosques per l'habitació	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Caminar ràpid per anar al WC	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Girar el cap amb rapidesa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

VALORACIÓ NUTRICIONAL

68.- Ha perdut pes en els darrers 3-6 mesos, de manera no intencionada?

1. Sí, ____ kg. aprox.
 2. No

69.- Ha perdut pes en l'últim any, de manera no intencionada?

1. Sí, ____ kg. aprox.
 2. No

70.- Ha presentat recentment alguna patologia aguda (dificultat tragar, ..) que no l'ha deixat menjar o existeix la possibilitat de què no mengi durant més de 5 dies?

1. Sí
 2. No

71.- Ha perdut la gana? Ha menjat menys per falta de gana, problemes digestius, dificultats de masticació o deglució en els darrers 3 mesos?

- 0 = pèrdua de gana greu
 1 = pèrdua de gana moderada
 2 = no pèrdua de gana

72.- Pèrdua recent de pes (<3 mesos)

- 0 = pèrdua de pes > 3kg
 1 = no ho sap
 2 = pèrdua de pes entre 1 i 3kg
 3 = no ha perdut pes

73.- Mobilitat

- 0 = del llit a la butaca
 1 = autonomia a l'interior
 2 = surt del domicili

74.- Ha tingut una malaltia aguda o situació d'estrès psicològic en els darrers 3 mesos?

- 0 = Sí (Motiu: _____)
 2 = No

75.- Problemes neuropsicològics

- 0 = demència o depressió greu
 1 = demència o depressió moderada
 2 = sense problemes psicològics

76.- El pacient viu independent al seu domicili?

- 0 = No
 1 = Sí

77.- Pren més de 3 medicaments al dia?

- 0 = Sí

1 = No

78.- Nafres o lesions cutànies?

0 = Sí

1 = No

79.- Quantes menjades completes pren al dia? (Equivalentes a dos plats i postres)

0 = 1 menjada

1 = 2 menjades

2 = 3 menjades

80.- Consumeix el pacient:

- productes làctics almenys una vegada al dia?

Sí No

- ous o llegums 1 o 2 vegades a la setmana?

Sí No

- carn, peix o aus, diàriament?

Sí No

0,0 = 0 i 1 sí

0,5 = 2 sí

1,0 = 3 sí

 ,

81.- Consumeix fruites o verdures almenys 2 cops al dia?

0 = No

86.- De les afirmacions que li direm a continuació, diguin les que siguin certes.

	Sí
1. Pateixo una malaltia o afectació que m'ha fet canviar el tipus i/o quantitat d'aliment que consumeixo.	2
2. Consumeixo menys de dues menjades al dia.	3
3. Consumeixo poca fruita, verdures i productes làctics.	2
4. Consumeixo més de 3 gots de cervesa, licor o vi gairebé a diari.	2
5. Tinc problemes bucals o dentals que dificulten la meua alimentació.	2
6. No sempre dispo de diners suficients per a adquirir els aliments que necessito.	4
7. Menjo sol la majoria de les vegades.	1
8. Consumeixo 3 o més medicaments receptats o de venda lliure al dia.	1
9. Sense haver-m'ho proposat, he perdut o guanyat 5kg de pes en els últims 6 mesos.	2
10. No sempre em trobo en condicions físiques de fer la compra, cuinar o alimentar-me.	2
TOTAL:	

87.- Estat de les dents:

- 1. Manté la dentadura
- 2. Portador de pròtesi dental parcial
- 3. Portador de pròtesi dental total
- 4. Manca de peces dentàries

89.- Estat de les genives: (Si cal, explorar-ho)

- 1. Correctes
- 2. Inflamades
- 3. Hemorràgiques
- 4. Altres (especificar): _____

1 = Sí

82.- Quants gots d'aigua o altres líquids pren al dia? (aigua, suc, cafè, tè, llet, vi, cervesa, ...)

0,0 = menys de 3 gots

0,5 = de 3 a 5 gots

1,0 = més de 5 gots

 ,

83.- Manera d'alimentar-se

0 = necessita ajuda

1 = s'alimenta sol amb dificultat

2 = s'alimenta sol sense dificultat

84.- Considera el pacient que està ben nodrit? (problemes nutricionals)

0 = malnutrició greu

1 = no ho sap o malnutrició moderada

2 = sense problemes de nutrició

85.- En comparació amb les persones de la seva edat, com troba el pacient el seu estat de salut?

0,0 = pitjor

0,5 = no ho sap

1,0 = igual

2,0 = millor

 ,

88.- Estat de la boca: (Si cal, explorar-ho)

- 1. Correcta
- 2. Bruta
- 3. Xerostomia (*boca seca*)
- 4. Micosi bucal (*plaques blanques*)
- 5. Abscessos, erupcions i/o nafres
- 6. Altres (especificar): _____

90.- Presenta dificultats en la deglució:

- 1. No
- 2. Disfàgia a líquids
- 3. Disfàgia a sòlids
- 4. Disfàgia a líquids i sòlids

91.- Textura de la dieta habitual:

- 1. Normal
- 2. Tova

- 3. Triturada
- 4. Líquida

92.- Via d'administració:

- 1. Oral
- 2. SNG
- 3. GEP
- 4. Parenteral
- 5. Altres (especificar): _____

93.- Tipus de dieta: (pot ser multiresposta)

- 1. Normal
- 2. Diabètica

- 3. Sense sal
- 4. Hipocalòrica
- 5. Altres (especificar): _____

94.- Síntomes gastrointestinals (duració > 2 setmanes): (pot ser multiresposta)

- 1. Cap
- 2. Nàusees
- 3. Vòmits
- 4. Diarrea
- 5. Estrenyiment
- 6. Anorèxia
- 7. Altres (especificar): _____

RELACIONS SOCIALS

AMICS:

95.- En general, quants amics té?

(S'entén per amic la persona amb la qual es sent bé, pot parlar de les coses que li interessin o pot trucar-lo per a què l'ajudi) (Si NO en té, passar a la pregunta 108)

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

96.- Quants amics veu com a mínim una vegada al mes?

97.- Amb quants d'ells parla vostè per telèfon com a mínim una vegada al mes?

98.- Quant temps tarda en arribar a casa del més proper? (en minuts)

99.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència els seus amics fan sentir-lo estimat i cuidat?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

100.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència els seus amics l'escolten quan vostè necessita parlar de les seves preocupacions o problemes?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

101.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència sent que els seus amics li retreuen el que fa?

102.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència desitjaria poder confiar més amb els seus amics?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

103.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència ajuda vostè als seus amics?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

104.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent que té un paper important per als seus amics?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

105.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent útil per als seus amics?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

106.- NO FER A PROXY. En general, té la sensació de què durant l'any passat va fer més pels seus amics del què ells van fer per vostè?

- 1. Els altres van fer més
- 2. Jo vaig fer més
- 3. Una mica més
- 4. Aproximadament el mateix

107.- NO FER A PROXY. Tenint en compte totes les coses, com està de satisfet amb la relació amb els seus amics?

- 1. Gens satisfet
- 2. Poc satisfet
- 3. Una mica satisfet
- 4. Satisfet
- 5. Molt satisfet

FILLS:

108.- Quants fills té?

--	--

(Si NO en té, passar a la pregunta 122)

109.- Quants en veu com a mínim una vegada al mes?

--	--

110.- Amb quants d'ells parla vostè per telèfon com a mínim una vegada al mes?

--	--

111.- Quant temps tarda en arribar a casa del més proper? *(en minuts)*

--	--

112.- NO FER A PROXY. Amb quants dels seus fills creu que hi té una relació molt bona?

--	--

113.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència els seus fills fan sentir-lo estimat i cuidat?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

114.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència els seus fills l'escolten quan vostè necessita parlar de les seves preocupacions o problemes?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

115.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència sent que els seus fills li retreuen el que fa?

- 1. Mai

- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

116.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència desitjaria poder confiar més amb els seus fills?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

117.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència ajuda vostè als seus fills?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

118.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent que té un paper important per als seus fills?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

119.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent útil per als seus fills?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

120.- NO FER A PROXY. En general, té la sensació de què durant l'any passat va fer més pels seus fills del què ells van fer per vostè?

- 1. Els altres van fer més
- 2. Jo vaig fer més
- 3. Una mica més
- 4. Aproximadament el mateix

121.- NO FER A PROXY. Tenint en compte totes les coses, com està de satisfet amb la relació amb els seus fills?

1. Gens satisfet

- 2. Poc satisfet
 - 3. Una mica satisfet
 - 4. Satisfet
 - 5. Molt satisfet
-

GERMANS:

122.- Quants germans té? (Si NO en té, passar a la pregunta 135)

123.- Quants en veu com a mínim una vegada al mes?

124.- Amb quants d'ells parla vostè per telèfon com a mínim una vegada al mes?

125.- Quant temps tarda en arribar a casa del més proper? (en minuts)

126.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència els seus germans fan sentir-lo estimat i cuidat?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

127.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència els seus germans l'escolten quan vostè necessita parlar de les seves preocupacions o problemes?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

128.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència sent que els seus germans li retreuen el que fa?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

134.- NO FER A PROXY. Tenint en compte totes les coses, com està de satisfet amb la relació amb els seus germans?

- 1. Gens satisfet
 - 2. Poc satisfet
 - 3. Una mica satisfet
 - 4. Satisfet
 - 5. Molt satisfet
-

129.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència desitjaria poder confiar més amb els seus germans?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

130.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència ajuda vostè als seus germans?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

131.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent que té un paper important per als seus germans?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

132.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent útil per als seus germans?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

133.- NO FER A ALTRE. En general, té la sensació de què durant l'any passat va fer més pels seus germans del què ells van fer per vostè?

- 1. Els altres van fer més
- 2. Jo vaig fer més
- 3. Una mica més
- 4. Aproximadament el mateix

NEBOTS:

135.- Quants nebots té?
(Si NO en té, passar a la pregunta 148)

136.- Quants en veu com a mínim una vegada al mes?

137.- Amb quants d'ells parla vostè per telèfon com a mínim una vegada al mes?

138.- Quant temps tarda en arribar a casa del més proper? (en minuts)

139.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència els seus nebots fan sentir-lo estimat i cuidat?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

140.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència els seus nebots l'escolten quan vostè necessita parlar de les seves preocupacions o problemes?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

141.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència sent que els seus nebots li retreuen el que fa?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

142.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència desitjaria poder confiar més amb els seus nebots?

- 1. Mai

- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

143.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència ajuda vostè als seus nebots?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

144.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent que té un paper important per als seus nebots?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

145.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent útil per als seus nebots?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

146.- NO FER A PROXY. En general, té la sensació de què durant l'any passat va fer més pels seus nebots del què ells van fer per vostè?

- 1. Els altres van fer més
- 2. Jo vaig fer més
- 3. Una mica més
- 4. Aproximadament el mateix

147.- NO FER A PROXY. Tenint en compte totes les coses, com està de satisfet amb la relació amb els seus nebots?

- 1. Gens satisfet
- 2. Poc satisfet
- 3. Una mica satisfet
- 4. Satisfet
- 5. Molt satisfet

NÉTS:

148.- Quants néts té?
(Si NO en té, passar a la pregunta 161)

149.- Quants en veu com a mínim una vegada al mes?

150.- Amb quants d'ells parla vostè per telèfon com a mínim una vegada al mes?

151.- Quant temps tarda en arribar a casa del més proper? (en minuts)

152.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència els seus néts fan sentir-lo estimat i cuidat?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

153.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència els seus néts l'escolten quan vostè necessita parlar de les seves preocupacions o problemes?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

154.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència sent que els seus néts li retreuen el que fa?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

155.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència desitjaria poder confiar més amb els seus néts?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

156.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència ajuda vostè als seus néts?

- 1. Mai
- 2. A vegades

- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

157.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent que té un paper important per als seus néts?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

158.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent útil per als seus néts?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

159.- NO FER A PROXY. En general, té la sensació de què durant l'any passat va fer més pels seus néts del què ells van fer per vostè?

- 1. Els altres van fer més
- 2. Jo vaig fer més
- 3. Una mica més
- 4. Aproximadament el mateix

160.- NO FER A PROXY. Tenint en compte totes les coses, com està de satisfet amb la relació amb els seus néts?

- 1. Gens satisfet
- 2. Poc satisfet
- 3. Una mica satisfet
- 4. Satisfet
- 5. Molt satisfet

ESPÒS/A - PARELLA: *(Si NO en té, passar a la pregunta 170)*

161.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència el seu espòs/a - parella fa sentir-lo estimat i cuidat?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

162.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència el seu espòs/a - parella l'escolta quan vostè necessita parlar de les seves preocupacions o problemes?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

163.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència sent que el seu espòs/a - parella li retreu el que fa?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

164.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència desitjaria poder confiar més amb el seu espòs/a - parella?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

165.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència ajuda vostè al seu espòs/a - parella?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

166.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent que té un paper important per al seu espòs/a - parella?

- 1. Mai
- 2. A vegades
- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

167.- NO FER A PROXY. Amb quina freqüència se sent útil per al seu espòs/a - parella?

- 1. Mai
- 2. A vegades

- 3. Amb freqüència
- 4. Sempre

168.- NO FER A PROXY. En general, té la sensació de què durant l'any passat va fer més pel seu espòs/a - parella del què ell/a va fer per vostè?

- 1. Els altres van fer més
- 2. Jo vaig fer més
- 3. Una mica més
- 4. Aproximadament el mateix

169.- NO FER A PROXY. Tenint en compte totes les coses, com està de satisfet amb la relació amb el seu espòs/a - parella?

- 1. Gens satisfet
 - 2. Poc satisfet
 - 3. Una mica satisfet
 - 4. Satisfet
 - 5. Molt satisfet
-

CONFIDENT:

170.- NO FER A PROXY. Hi ha algunes persones especials amb qui pot compartir confidències i sentiments, algú amb qui vostè senti que pot confiar?

- 1. Sí
- 2. No (*passar a la pregunta 172*)

171.- NO FER A PROXY. Quina relació té vostè amb aquestes persones? (*multirresposta*)

- 1. Espòs/a
 - 2. Filla
 - 3. Fill
 - 4. Germana
 - 5. Germà
 - 6. Altre familiar (dona)
 - 7. Altre familiar (home)
 - 8. Amiga
 - 9. Amic
 - 10. Professional: _____
 - 11. Altre: _____
-

172.- Quantes vegades, durant l'últim any, ha utilitzat aquests serveis? (llegir)

1. Consulta especialista núm. vegades

2. Ingrés hospitalari núm. vegades

3. Rehabilitació núm. vegades

173.- I durant l'últim mes, quantes vegades ha utilitzat els següents?

1. Metge de capçalera núm. vegades

2. Infermera de família núm. vegades

3. Metge/Infermera a domicili núm. vegades

177.- Li llegiré una sèrie de serveis socials existents per a persones grans. M'agradaria que em digués quins utilitza. (multirresposta)

- 1. Llars i clubs de persones grans
- 2. Menjadors socials
- 3. Vacances o viatges
- 4. Balnearis
- 5. Teleassistència
- 6. Ajuda a domicili
- 7. Centres de dia
- 8. Estances temporals
- 9. Àpats a domicili (Menjar sobre rodes)

174.- Si no ha anat vostè al metge de capçalera/infermera, hi ha anat algú per vostè?

- 1. Sí
- 2. No

175.- Forma part d'alguna associació o club cultural?

- 1. Sí
- 2. No

176.- Quantes vegades al mes vostè acudeix a:

1. Plaça o lloc cèntric del barri: _____ veg/mes

2. Llar dels Jubilats o Casal d'avis: _____ veg/mes

3. Parròquia, església o culte: _____ veg/mes

11.- OUALITAT DE VIDA RELACIONADA AMB L'ESTAT DE SALUT

NO FER A PROXY. Les preguntes següents es refereixen al que vostè pensa de la seva salut. Les seves respostes ens permetran saber com es troba vostè i fins a quin punt és capaç de fer les activitats habituals.

178.- En general, diria que la seva salut és: <input type="checkbox"/> 1. Excel·lent <input type="checkbox"/> 2. Molt bona <input type="checkbox"/> 3. Bona <input type="checkbox"/> 4. Regular <input type="checkbox"/> 5. Dolenta	179.- Com diria que és la seva salut actual, comparada amb la de fa un any? <input type="checkbox"/> 1. Molt millor ara que fa un any <input type="checkbox"/> 2. Una mica millor que fa un any <input type="checkbox"/> 3. Més o menys igual que fa un any <input type="checkbox"/> 4. Una mica pitjor que fa un any <input type="checkbox"/> 5. Molt pitjor ara que fa un any					
180.- Les següents preguntes es refereixen a activitats o coses que vostè podria fer un dia normal. La seva salut actual el limita per a fer aquestes activitats o coses? Si és així, quant?						
Activitats	Sí, em limita molt	Sí, em limita una mica	No em limita			
a. <i>Esforços intensos</i> (córrer, aixecar objectes pesats o participar en esports esgotadors)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
b. <i>Esforços moderats</i> (moure una taula, passar l'aspiradora, jugar a bitlles o caminar més d'1 hora)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
c. Agafar o portar la bossa de la compra	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
d. Pujar <i>diversos pisos</i> per les escales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
e. Pujar <i>un pis</i> per les escales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
f. Ajupir-se o agenollar-se	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
g. Caminar <i>1km</i> o més	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
h. Caminar diversos <i>centenars de metres</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
i. Caminar uns <i>100 metres</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
j. Banyar-se o vestir-se per si mateix	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
181.- Durant les 4 últimes setmanes ha tingut alguns dels següents problemes en les activitats quotidianes a causa de la seva salut física?						
	Sí	No				
a. Va haver de reduir el temps dedicat a les seves activitats quotidianes?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
b. Va fer menys del que hagués volgut fer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
c. Va haver de deixar de fer tasques en les seves activitats quotidianes?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
d. Va tenir dificultat per fer les seves activitats quotidianes? (p.ex. li va costar més del normal?)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
182.- Durant les 4 últimes setmanes ha tingut alguns dels següents problemes en les activitats quotidianes a causa d'algun problema emocional (estar trist, deprimit o nerviós)?						
	Sí	No				
a. Va haver de reduir el temps dedicat a les seves activitats quotidianes?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
b. Va fer menys del que hagués volgut fer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
c. No va fer les seves activitats quotidianes tan acuradament com de costum?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
183.- Durant les 4 últimes setmanes, fins a quin punt la seva salut física o els problemes emocionals han dificultat les seves activitats socials habituals amb la família, els amics, els veïns o altres persones? <input type="checkbox"/> 1. Res <input type="checkbox"/> 2. Una mica <input type="checkbox"/> 3. Regular <input type="checkbox"/> 4. Bastant <input type="checkbox"/> 5. Molt	184.- Ha tingut dolor en alguna part del cos durant les 4 últimes setmanes? <input type="checkbox"/> 1. No, gens <input type="checkbox"/> 2. Sí, molt poc <input type="checkbox"/> 3. Sí, una mica <input type="checkbox"/> 4. Sí, moderat <input type="checkbox"/> 5. Sí, molt <input type="checkbox"/> 6. Sí, moltíssim					
185.- Durant les 4 últimes setmanes, fins a quin punt el dolor li ha dificultat el seu treball habitual (inclòs l'estar fora de casa i les tasques domèstiques)? <input type="checkbox"/> 1. Res <input type="checkbox"/> 2. Una mica <input type="checkbox"/> 3. Regular <input type="checkbox"/> 4. Bastant <input type="checkbox"/> 5. Molt	186.- Durant les 4 últimes setmanes, amb quina freqüència la seva salut física o els problemes emocionals li han dificultat les seves activitats socials (com visitar a amics o familiars)? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 2. Gairebé sempre <input type="checkbox"/> 3. Algunes vegades <input type="checkbox"/> 4. Només algunes vegades <input type="checkbox"/> 5. Mai					
187.- Les preguntes següents es refereixen a com s'ha sentit i com li han anat les coses durant les 4 últimes setmanes. A cada pregunta respongui el que més s'assembla a com s'ha sentit vostè. Durant les 4 últimes setmanes quant de temps ...						
	Sempre	Gairebé sempre	Moltes vegades	Algunes vegades	Només alguna vegada	Mai
a. ... es va sentir ple de vitalitat?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. ... va estar molt nerviós?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. ... es va sentir tan baix de moral que res podia alleujar-lo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

d. ... es va sentir calmat i tranquil?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. ... va tenir molt energia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. ... es va sentir desanimat i trist?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g. ... es va sentir esgotat?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h. ... es va sentir feliç?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i. ... es va sentir cansat?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
188.- Si us plau, digui si li sembla certa o falsa cada una de les següents frases:						
	Totalment certa	Bastant certa	No ho sé	Bastant falsa	Totalment falsa	
a. Crec que em poso malalt més fàcilment que altres persones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
b. Estic tan sa com qualsevol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
c. Crec que la meva salut empitjorarà	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
d. La meva salut és excel·lent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

ANNEX 2. INFORME COMITÉ ÈTICA



El Comité Ético de Investigación Clínica en la reunión de 30 de octubre de 2008, acta 13/2008, informó favorablemente la solicitud del proyecto de investigación titulado: "**Evolución del proceso de fragilidad de la población mayor de Lleida**" con la Dra. Pilar Jürschik Jiménez como investigadora principal en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universitat de Lleida, y consideró que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y que están justificados los riesgos y molestias previsibles para los sujetos participantes.
- La capacidad del investigador y los medios de que dispone son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado de los sujetos que participan en el estudio.

Lleida, 27 de noviembre de 2008



Joan Antoni Schoenenberger Arnaiz
Presidente

ANNEX 3. FULLA INFORMATIVA I CONSENTIMENT INFORMAT

HOJA INFORMATIVA AL PACIENTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Evolución del proceso de fragilidad de las personas mayores de Lleida

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Pilar Jürschik Giménez. Profesora Titular de la Escuela de Enfermería de la Universitat de Lleida.

Nos dirigimos a Ud. para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es tan solo que Ud. reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar, si quiere o no participar en este estudio. Por esto, le ruego que lea esta hoja informativa con atención, pudiendo consultar con las personas que considere oportunas, y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria, y que puede decidir no participar, o cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por esto se altere la relación con su médico ni produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

El estudio consiste a analizar los procesos de fragilidad asociados a la edad de las personas mayores de 75 años que viven a su propio domicilio a la ciudad de Lleida y el efecto que sobre los mismos ejercen los cambios biológicos, psicológicos y sociales.

El número de participantes que se prevé para la realización del estudio será de 1.300 todos ellos escogidos al azar a partir de su tarjeta sanitaria.

La fragilidad es un conjunto de síntomas y signos que se presentan asociados al envejecimiento y puede producirse por múltiples causas. Se le realizará una entrevista que durará aproximadamente cuarenta minutos. Consistirá en hacerle una serie de preguntas que usted deberá contestar el más fielmente posible. Además, se le medirá la altura, la circunferencia de la pantorrilla, el perímetro del brazo y la altura talón rodilla y se le pesará. Todo esto para saber su grado de nutrición. Además, se le medirá la fuerza del apretón de mano y la velocidad al andar una distancia de unos 5 metros. Todos estos parámetros sirven para saber el grado de fragilidad.

Se recogerán de su historia clínica los últimos datos analíticos y la medicación que toma actualmente. Todos los registros o datos que pudieran identificarlo serán protegidos con acceso estrictamente restringido a su archivo. Solo el número de código le identificara en el tratamiento y análisis de esta información.

En caso alguno, el estudio podrá comportar peligro adicional para su salud. Es muy importante identificar las personas mayores frágiles a tiempo para poder intervenir y prevenir efectos adversos. En el caso de que usted no se pudiera beneficiar de los posibles adelantos que aporte nuestra investigación, si que podrán ser importantes para otras pacientes al futuro. En todo caso, si aparecen resultados que puedan ser importantes para usted, le serán dados a conocer.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará al dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Según lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir a su centro de salud.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados en un código y solamente el investigador principal podrá relacionar estos datos con Usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna persona.

Se verificará que se ha recibido permiso por parte del entrevistado para guardar sus datos con el fin de volver a entrevistarle a los dos años.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....,

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado

con:.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.

- Sin dar explicaciones.

- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

ANNEX 4. DICOTOMITZACIÓ DE LES VARIABLES

Variable	Categories inicials	Categories dicotòmiques
Ingressos mensuals	1. Menys de 400€ 2. Entre 400€ i 600€ 3. Entre 600€ i 900€	1. Fina a 900€ mensuals o 900€ mensuals
	4. Entre 900€ i 1200€ 5. Entre 1200€ i 1800€ 6. Més de 1800€	2. Més de 900€ mensuals
Nivell d'estudis	1. No sap llegir ni escriure 2. No va acabar els estudis primaris	1. Sense estudis
	3. Primaris 4. Secundaris de 1r grau 5. Secundaris de 2n grau 6. Estudis universitaris	2. Amb estudis
Professió	1. Professional o alt càrrec administratiu 2. Vendes o serveis 3. Treballador qualificat o personal administratiu	2. Amb qualificació
	4. Treballador semi qualificat o no qualificat 5. Granja o camp 6. Militar 7. Mestressa de casa 8. Treball sense sou	1. Sense qualificació
Estat civil	1. Casat 2. En parella (però no casat)	2. Amb parella
	3. Solter 4. Separat o divorciat 5. Vidu	1. Sense parella
Convivència	1. Sol	1. Sol
	2. Amb espòs/a 3. Amb fills/es 4. Amb espòs/a i fills/es 5. Altres	2. Amb companyia
Entorn físic	1. Rambla Ferran 2. Ronda 3. Cappont 4. Balafia 5. Santa Maria i Ciutat Jardí	2. Zona amb més recursos
	6. Eixample 7. Bordeta	1. Zona amb menys recursos
Consum de tabac	1. No fumador 2. Exfumador	2. No fumador
	3. Fumador ocasional 4. Fumador habitual	1. Fumador
Consum d'alcohol	1. No beu mai (o en ocasions especials) 2. Una o dos vegades al mes	2. No bevedor
	3. Una o dos vegades a la setmana 4. Diàriament 5. Només en les menjades i diàriament 6. Entre menjades i durant les menjades	1. Bevedor
Descans nocturn	1. Es desperta molt aviat (abans del què voldria) 2. Li costa molt adormir-se 3. Dorm malament durant la nit 4. Es desperta moltes vegades durant la nit	Sí: Puntuació > 4 No: Puntuació ≤ 4
	1. A diari 2. Amb freqüència (algunes vegades a la setmana)	2. Sí
Hàbit de lectura	3. Poques vegades 4. Mai o casi mai 5. No sap llegir	1. No
	1. Mai o < 30 min c/ vegada 2. < 1 per setmana	1. No
Pràctica d'exercici físic	3. 1 – 2 per setmana o 30 – 60 min c/ vegada 4. 3 – 4 vegades per setmana o 60 min c/ vegada 5. 5 – 7 per setmana	2. Sí

