

Diferencias en la calidad de vida y estado anímico de pacientes mayores hospitalizados según el género

Juan Máximo Molina Linde, María del Pino Sánchez Hernández, Ramona Rubio y
Universidad de Granada (España)

Ana Fernanda Uribe R.
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)

Recibido: 1/11/04

Aceptado: 14/02/05

Resumen

Objetivos: estudiar si en pacientes geriátricos, ingresados en un hospital de tercer nivel, existen diferencias en calidad de vida y estado anímico según el género.

Metodología: es un estudio descriptivo y transversal. Se seleccionaron pacientes mayores de 65 años, a los que se les administró el Perfil de Salud de Nottingham (PSN) (Alonso, Antó y Moreno, 1990), la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (Goldbeg et al, 1988), y se recogieron sus datos sociodemográficos.

Resultados: la muestra total estaba constituida por 119 pacientes (68 hombres y 51 mujeres) con una edad media de 73,12 años. Las puntuaciones medias en las dimensiones del PSN han oscilado entre los 62,46 de «energía» y los 22,01 de «aislamiento social». Los porcentajes de personas con problemas en la EADG fueron del 64,7% para depresión y 53,8% para ansiedad. Tanto en el PSN como en la EADG las mujeres presentaron más problemas que los hombres apreciándose diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de energía, reacciones emocionales y aislamiento social del PSN y en la subescala de depresión de la EADG.

Conclusiones: existe un deterioro importante de la calidad de vida de los pacientes geriátricos, en especial en las mujeres; asimismo, se aprecian altos índices de comorbilidad psiquiátrica.

Palabras claves: calidad de vida, ansiedad, depresión, anciano, género.

Abstract

Objectives: to study if in entered geriatric patients in a hospital of third level differences in quality of life and psychic state exist according to the sort.

Methodology: It is a descriptive and cross-sectional study. Older patients of 65 to selected themselves which the Profile of Health of Nottingham was administered to them (PSN), the Scale of Anxiety and Depression of Goldberg (EADG), and took shelter their sociodemographics data.

Results: the total sample was constituted by 119 patients (68 men and 51 women) with an average age of 73.12 years. The average scores in the dimensions of the PSN have oscillated between the 62.46 of «energy» and the 22.01 of «social isolation». The percentage of people with problems in the EADG were of 64.7% for depression and 53.8% for anxiety. As much in the PSN as in the EADG the women statistically significant differences in the dimensions of energy presented/displayed more problems than the men being appraised, emotional reactions and social isolation of the PSN and in the subscale of depression of the EADG.

Conclusions: an important deterioration of the quality of life of our geriatric patients exists, in special in the women, also are appraised stops indices of psychiatric comorbidity.

Key words: quality of life, anxiety, depression, old, gender.

El significado del concepto de «calidad de vida» es distinto para cada uno de nosotros, reflejando los diversos conocimientos, experiencias y valores individuales. Para algunos, la calidad de vida puede estar basada en la armonía de una vida hogareña y, para otros, en un sentido más espiritual. Para los que padecen algún tipo de patología, la calidad de vida se centra en su dolencia y las consecuencias derivadas de ésta (Baker y Green, 2005; Patrick y Erickson, 1988).

No existe consenso en la definición de calidad de vida de las personas mayores (Bowling, 1997). Así, es lógico que se haya desarrollado una amplia variedad terminológica para definir el concepto de calidad de vida, incluyendo: vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una «buena vida». En la práctica, el enfoque más común a la hora de medir la calidad de vida de las personas mayores ha sido el utilizar varios tipos de indicadores de vida satisfactoria- La salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno y las creencias religiosas son dimensiones que incluye este amplio concepto de «calidad de vida».

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1994, intenta obtener un consenso internacional tanto del concepto como de sus

dimensiones y de la manera de evaluar el término de calidad de vida, y la define como «la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive y reacciona con sus objetivos, expectativas y valores e intereses; afirmando que la calidad de vida no es igual a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental ni bienestar, sino que es un concepto multidimensional que debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo de éste y otros conceptos de la vida». Se ponen pues de manifiesto la subjetividad del concepto, la multidimensionalidad y el carácter universal del mismo (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Los estudios sobre calidad de vida han ganado una atención cada vez más creciente. Parece existir una necesidad indudable de medir la calidad de vida (Dosselor, 1990). Este interés se ha visto reflejado en el enorme incremento, en los últimos años, que en España tratan de indagar sobre el concepto de calidad de vida de las personas mayores de 65 años (Azpiazu Garrido et al, 2003; Ballina García, Flórez Lozano y Rodríguez Pérez, 1998; Casado et al, 2001; Castellón y Aleixandre, 2001; Farré Rovira, Frasset Pons y Roma Sánchez, 1999; Galiano, 1995; García Lizana, Manzano Alonso y Saavedra San-

tana, 2001; Rubio, Aleixandre y Cabezas, 2001; Vázquez-Noguerol, Méndez y García Boro, 1997).

La «calidad de vida» está mediatizada por una serie de variables, y, entre ellas, hay una especialmente relevante en la que se va a centrar en este artículo: el género. La literatura científica indica que la calidad de vida en la mujer es más negativa que en los hombres, estando relacionada con variables de personalidad y variables situacionales distintas (Guayar-Castrillón, Sendito, Banegas, López-García y Rodríguez-Artalejo, 2005; Rubio, Aleixandre y Cabezas, 2001).

Por otra parte, tanto la psicopatología depresiva como ansiosa, en las personas mayores, ha sido un tema desatendido durante años en la literatura científica, debido a que, de alguna manera, se justificaba la presencia de los síntomas por los problemas físicos, económicos, de aislamiento social, etc., que este grupo de edad podía presentar. Lo que sí parece claro, según los estudios epidemiológicos, es que la prevalencia de estos trastornos entre los mayores es más frecuente en la mujer que en el hombre (García Navarro, 2000); asimismo, parece que el porcentaje entre los mayores, ingresados en un hospital por algún problema orgánico, que padecen algún tipo de alteración emocional podría alcanzar el 50%, según algunos estudios (Franco y Monforte, 1996; Rapp, Parisi y Wtlsh, 1988).

Se ha realizado el presente estudio con el objetivo de conocer si en pacientes geriátricos, ingresados en un hospital de tercer nivel, existen diferencias en la calidad de vida y el estado anímico según el género.

Método

Se ha realizado un estudio descriptivo de tipo transversal y el ámbito del mismo ha sido la Ciudad Sanitaria «Virgen de las Nieves» de Granada (España). La población de estudio han sido todos los pacientes ingresados en el momento de la recogida de datos (812 camas) que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: es-

tar hospitalizado en el momento de la encuesta, edad superior a 65 años y estado de conciencia que permitiera la realización de la encuesta. A todos se les solicitó el consentimiento informado, en el cual se establecía la confidencialidad de los datos.

Se han excluido los pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Reanimación, Psiquiatría y Unidad de Desintoxicación, por considerar que escapaban de los objetivos del trabajo, y aquellos diagnosticados de alguna enfermedad neurológica (tipo demencia) o psiquiátrica que hiciera dudar de la fiabilidad de sus respuestas.

El periodo, durante el que se ha realizado la recogida de datos, es el comprendido entre junio de 2002 y marzo de 2003.

La recogida de datos se ha realizado mediante cuestionario individualizado, dividido en tres partes: en la primera se recogieron los datos sociodemográficos (edad, género, nivel cultural, estado civil y situación familiar). En la segunda parte se administró el Perfil de Salud de Nottingham (PSN) (Alonso, Antó y Moreno, 1990), (cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud). Es más adecuado para pacientes que para población general y está formado por 38 ítems pertenecientes a seis dimensiones: energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física. En el estudio se ha utilizado la entrevista personal, dadas las características de la población (elevada tasa de analfabetismo, edad avanzada). El tiempo promedio de administración es de 10 minutos. El entrevistado contesta «sí», en caso de que el ítem preguntado refleje adecuadamente su estado actual o sentimiento; o bien responde «no», en cualquier otro caso. Las respuestas se codifican otorgando un «1» a la contestación de «sí», y un «0» a la contestación «no». Las respuestas positivas de cada dimensión se multiplican por el valor ponderal, se suman y se transforman en una puntuación de 0 (mejor estado) a 100 (peor estado). Del mismo modo, se recogió la puntuación total del cuestionario de cada paciente (variable denominada salud general) y, aunque este valor no ha sido validado, puede tener interés para valo-

rar de modo global a cada paciente, siendo empleado además para comparar el deterioro en cada dimensión, según las distintas variables. La validez de los estudios comparativos, llevados a cabo tanto para población general como para pacientes, han sido altos. La fiabilidad o la consistencia interna es alta, pero menor de 0,9 para todas las dimensiones. El test-retest también es alta para todas las dimensiones (Bowling, 1994). La sensibilidad al cambio es evaluada en diversos estudios observacionales.

En definitiva, el PSN es un cuestionario de medida del estado de salud que se puede aplicar adecuadamente a las personas mayores. El contenido de los ítems se entiende y se acepta por las personas de edad. Las frases no contienen expresiones en negación y son sencillas, cortas, necesitando únicamente una mínima capacidad de comprensión para ser contestadas (Ferrer Cháscales, Ribera Domene y Reig Ferrer, 1998).

Por último, en la tercera parte se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (Goldberg et al, 1988), para detectar posibles signos y síntomas de estas psicopatologías. La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio clínico. Se trata de un test heteroadministrado, que no sólo orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), con una sensibilidad del 83,1% y especificidad del 81,8%; sino que discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades (Montón et al, 1993). Tanto la subescala de ansiedad como la de depresión constan de nueve preguntas, pero las cinco últimas preguntas de cada subescala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las cuatro primeras preguntas, que son obligatorias. En las subescalas se pide a la persona que reflexione sobre si durante las dos últimas semanas ha presentado alguno de los síntomas que se citan. En caso de obtenerse dos o más puntos en la subescala de ansiedad, se termina el interrogatorio con las nueve preguntas; mientras que en la subescala de depresión continuaremos preguntando, también hasta el noveno ítem, ante una respues-

ta afirmativa. Los puntos de corte (cut-off) se sitúan en cuatro o más para el estudio de ansiedad y en dos o más en el de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema (Pérez-Echevama y el Gzempp, 1993). Aún cuando las preguntas son muy claras, las respuestas sólo admiten la dicotomía, de forma que a veces el paciente duda cuando se trata de coincidencias de leve intensidad, siendo sólo el juicio del profesional el que puede valorar la significación clínica de la respuesta. Su utilización constituye una herramienta extraordinariamente eficaz y sencilla para el quehacer diario de los profesionales sanitarios (Álvarez, 1997).

Se incluyó una muestra representativa de los pacientes geriátricos, hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Universitario «Virgen de las Nieves». Siguiendo el listado de camas disponibles en cada servicio, se escogieron a los enfermos mediante un muestreo aleatorio simple, quienes por alguna circunstancia no entraron a formar parte del estudio fueron reemplazados por otros del mismo servicio médico.

La descripción de las variables se ha realizado mediante media, desviación estándar (D.E.) y valores mínimo y máximo para variables cuantitativas; para variables categóricas se utilizaron frecuencias absolutas. Se hizo uso de la estadística paramétrica: t de student para comparar la variable género y cada una de las dimensiones del Perfil de Salud de Nottingham y la Escala de Goldberg. Igualmente la correlación tipo Pearson para relacionar la puntuación total del Perfil de Salud de Nottingham (salud general) con cada una de las dimensiones de ese cuestionario, y la puntuación total de ansiedad y depresión de la escala de Goldberg.

Asimismo, se empleo el programa SPSS 11.5 para el análisis de los datos.

Resultados

Se incluyó un total de 119 pacientes hospitalizados, con una edad media de 73,12 años

(desviación estándar [D.E.], 5,60; recorrido de 65 a 89 años), y con una distribución por género similar (68 hombres y 51 mujeres). Un 84,9% de la muestra pertenecía al grupo de edad de 65 a 79 años, mientras que un 15,1 % eran mayores de 80 años. En relación al estado civil, un 67,2% eran casados, un 1,7% eran solteros, un 29,4% eran viudos y un 1,7% eran divorciados o separados. En cuanto al nivel cultural, un 24,4% eran analfabetos, un 50,4% eran analfabetos funcio-

nales, un 20,2% tenían estudios primarios, y tan sólo un 2,5% tenían estudios secundarios y otro 2,5% tenían estudios superiores. Con respecto a la situación familiar de los pacientes, el 81,5% vivía acompañado mientras que el restante 18,5% vivía solo.

Los estadísticos descriptivos (media y desviación estándar) de la muestra total en cada uno de los apartados del PSN y de la EADG se recogen en la tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos del PSN y de la EADG.

		N	Media	D.E.
Perfil de Salud de Nottingham (PSN)	Energía	119	62,46	37,721
	Dolor	119	48,42	32,691
	Movilidad física	119	59,35	27,532
	Reacciones emocionales	119	39,31	27,131
	Sueño	119	55,97	34,305
	Aislamiento social	119	22,02	19,379
	Salud General	119	47,92	21,344
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)	Ansiedad	119	3,75	3,289
	Depresión	119	3,27	2,834

Con relación al género, las mujeres presentaron un mayor deterioro global en todos los apartados del Perfil de Salud de Nottingham. En la figura 1 se recogen las diferencias por género en las distintas esferas analizadas por el PSN,

existiendo diferencias estadísticamente significativas en: energía, reacciones emocionales, aislamiento social, salud general y movilidad física, donde las diferencias fueron casi significativas ($p = 0,054$) (tabla 2).

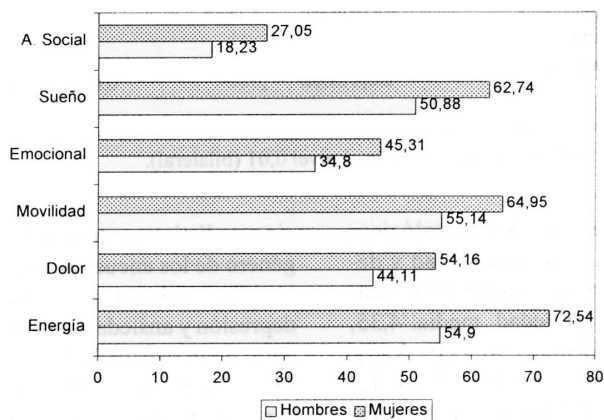


Figura I. Puntuación por dimensiones y género en el PSN.

Tabla 2. t de Student entre el género y las dimensiones del PSN y la EADG.

		t	Sig. (bilateral)
Perfil de Salud de Nottingham (PSN)	Energía	-2,639	,009
	Dolor	-1,672	,097
	Movilidad física	-1,945	,054
	Reacciones emocionales	-2,122	,036
	Sueño	-1,887	,062
	Aislamiento social	-2,403	,018
	Salud General	-2,992	,003
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)	Ansiedad	-1,753	,082
	Depresión	-2,351	,020

En la tabla 3 aparecen las correlaciones tipo Pearson entre la variable resultado de la puntuación total del Perfil de Salud de Nottingham, la variable «salud general», y las dimensiones del

Perfil de Salud de Nottingham y las puntuaciones de ansiedad y depresión de la Escala de Goldberg.

Tabla 3. Correlación entre la salud general y las áreas del PSN y de la EADG.

		Salud General		
		Pearson	Sig. (bilateral)	N
Perfil de Salud de Nottingham (PSN)	Energía	,747**	0,000	119
	Dolor	,740**	0,000	119
	Movilidad física	,732**	0,000	119
	Reacciones emocionales	,664**	0,000	119
	Sueño	,710**	0,000	119
	Aislamiento social	,682**	0,000	119
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)	Ansiedad	,534**	0,000	119
	Depresión	,682**	0,000	119

En cuanto a las variables psicopatológicas analizadas mediante el EADG, ansiedad y depresión, encontramos valores superiores en ambos casos en la mujer (ansiedad, media: 4,35, D.E.: 3,36; depresión, media: 3,96, D.E.: 2,85), frente al hombre (ansiedad, media: 3,29, D.E.: 3,19; depresión, media: 2,75, D.E.: 2,73), apreciándose en el caso de la depresión una diferen-

cia estadísticamente significativa en relación al género de los encuestados (Tabla 2).

En la tabla 4 se observan altos índices de depresión y ansiedad atendiendo a los puntos de corte de la Escala de Goldberg, un 64,7% y un 53,8%, respectivamente, siendo en ambos casos la prevalencia más elevada en las mujeres.

Tabla 4. Depresión y ansiedad según la EADG y en relación al género.

Tabla de contingencia de Género y Depresión					
		Género		Total	
		Hombre	Mujer		
Depresión	No	Recuento	29	13	42
		% de Género	42,6%	25,5%	35,3%
	Si	Recuento	39	38	77
		% de Género	57,4%	74,5%	64,7%
Total	Recuento	68	51	119	
	% de Género	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla de contingencia de Género y Ansiedad					
		Género		Total	
		Hombre	Mujer		
Ansiedad	No	Recuento	35	20	55
		% de Género	51,5%	39,2%	46,2%
	Si	Recuento	33	31	64
		% de Género	48,5%	60,8%	53,8%
Total	Recuento	68	51	119	
	% de Género	100,0%	100,0%	100,0%	

Discusión

La medición del concepto de calidad de vida tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones en el ámbito sanitario y por ende el hospitalario. Su uso ha crecido exponencialmente, junto con otras medidas como la satisfacción, en lo que podríamos denominar medidas centradas en el cliente o paciente (Badia, Salamero y Alonso, 2002).

Desde que apareció la versión española del Perfil de Salud de Nottingham, diferentes investigaciones han incluido este cuestionario como principal variable resultado. Los estudios llevados a cabo son clínico descriptivos, descriptivos de la población general y evaluativos. En los estudios se ha utilizado el cuestionario de Nottingham por tratarse de un instrumento genérico que mide diversas dimensiones, con independencia de las patologías subyacentes, de fácil manejo por su brevedad y comprensibilidad, y útil para estudios transversales, siendo su uso adecuado en pacientes ancianos (Ebrahim y Williams, 1992; Hopton, Porter y Howie, 1991; Hunt, McEwen y McKenna, 1986). Sin embar-

go, los estudios efectuados en población mayor con este cuestionario y en nuestro medio han sido pocos (Alonso et al, 1990; Azpiazú Garrido et al, 2003; Casado et al, 2001). Sin embargo, no se han encontrado estudios realizados en España, en los que se valora la calidad de vida en pacientes hospitalizados con este cuestionario genérico, por lo que las comparaciones con los resultados de otras investigaciones pueden realizarse de forma cautelosa y siendo conscientes de las diferencias existentes entre las personas que están en el ámbito hospitalario y las del comunitario.

Cuando se explora las seis dimensiones de la calidad de vida del PSN en nuestros pacientes, éstas han obtenido valores muy altos, si se comparan con las puntuaciones obtenidas con otros estudios realizados sobre población general y ancianos en el ámbito comunitario (Alonso, Antó y Moreno, 1990; Azpiazú Garrido et al, 2003; Casado et al, 2001).

Estos resultados pueden ser explicados atendiendo las diferencias que existen entre las poblaciones comparadas. Nuestra población pre-

senta, por lo general, varias patologías crónicas o alguna aguda que ha sido el motivo del ingreso en el centro hospitalario, este hecho podría explicar que estos pacientes tengan peor calidad de vida.

De las distintas dimensiones estudiadas, «energía», «movilidad física» y «sueño» son las que presentan mayor grado de deterioro. Son dimensiones que aparecen como las más deterioradas en otros estudios (Bayo et al, 1996; Casado et al, 2001; Noro y Aro, 1996; Lukkariinen y Hentinen, 1997).

La dimensión «aislamiento social» es la que presenta menor deterioro subjetivo, dato que coincide con la bibliografía consultada (Azpiazu Garrido et al, 2003; Barajas Gutiérrez et al, 1998; Bayo et al, 1996; Casado et al, 2001; Lukkariinen y Hentinen, 1997; Noro y Aro, 1996; VanderZee, Sanderman y Heyink, 1996).

Por otro lado, al centrarse en el objetivo del estudio, se encuentran importantes diferencias entre hombres y mujeres, percibiendo las mujeres su calidad de vida de forma más negativa que los hombres. Aunque son menos los hombres que llegan a las etapas más avanzadas de la vida, parece que los que llegan lo hacen en mejores condiciones (Azpiazu Garrido et al, 2003).

El hecho de que las mujeres presenten mayor deterioro subjetivo tanto a nivel global como de las distintas dimensiones estudiadas, dato que concuerda con otros estudios (Azpiazu Garrido et al, 2003; Bayo et al, 1996; Casado et al, 2001; Guayar-Castrillón, Sendito, Hanegas, López-García y Rodríguez-Artalejo, 2005; Noro y Aro, 1996; Haan et al, 1993; Ruigómez, Alonso y Antó, 1991), hace hipotetizar la existencia de factores intrínsecos o extrínsecos que empeoran su percepción. Sobre ello, existen distintas teorías y modelos que entre otros aspectos enfatizan: una mayor exposición a problemas emocionales, menores oportunidades de mejora de su calidad de vida y mejor aceptación social de expresión de sus quejas (Lizán Tudela y Reig Ferrer, 1998).

Se concluye, en lo que se refiere a la calidad de vida de los pacientes mayores hospitalizados, que existe un deterioro importante y que éste se halla asociado íntimamente con diferen-

tes factores sociodemográficos, como el género, y de morbilidad psicológica, como la ansiedad y la depresión.

Por otra parte, con referencia a la frecuencia de los trastornos depresivos en los pacientes mayores con enfermedades somáticas, las cifras son bastante elevadas, llegando en algunos estudios, como el de Harper, Kotic-Harper y Kirby (1990), en una muestra de enfermos hospitalizados por enfermedades físicas, a una prevalencia de trastorno emocional del 51,7%, índice más bajo que el encontrado; si bien es cierto, no se ha empleado una entrevista clínica que permita un diagnóstico más fidedigno.

Los estudios de Murphy (1982) y Emerson, Burvill, Finlay-Jones y Hall (1989) confirman la relación entre acontecimientos vitales graves como lo puede ser una hospitalización y la depresión en la persona mayor. Como se ha comentado, la frecuencia de la depresión en el anciano físicamente enfermo es muy elevada. En lo que respecta a la ansiedad, los datos apuntan a una prevalencia de un poco más de la mitad entre los encuestados. La coexistencia de depresión y ansiedad y la enfermedad somática puede provocar una doble vía de interacción: por una parte, que la enfermedad física interfiera en la recuperación del problema psicológico y, por otra, que la alteración psicológica lo haga en la recuperación de la enfermedad somática (Colé y Vaughan, 2005; Gómez-Feria, 2002).

Los factores psicosociales adquieren una importancia primordial en el desencadenamiento y mantenimiento de la enfermedad depresiva y ansiógena en el anciano, de ahí la importancia de una evaluación exhaustiva y una terapéutica tanto médica como psicosocial que mitigue los efectos de la psicopatología. Por tanto, se deben contar con instrumentos que permitan un diagnóstico precoz de diferentes procesos emocionales y que estén adaptados a la población mayor (Iliffe et al., 2004).

Por último, apuntar que el enfoque asistencial la persona mayor debería dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficit encubiertos, con el establecimiento de las medidas corredoras pertinentes, incluyendo, ac-

tividades de prevención y promoción; por ello se propone como base a todo programa una valoración gerontológica integral. Por lo cual, la valoración de la calidad de vida debería convertirse en un integrante más dentro de la valoración gerontológica integral, como ya lo es la valoración de la esfera psicológica, siendo el Perfil de Salud de Nottingham un instrumento útil para tal fin.

Referencias

- Alonso, J., Antó, J. M. y Moreno, C. (1990). Spanish versión of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80, 704-708.
- Álvarez, E. (1997). Los trastornos afectivos en el ámbito de la asistencia primaria. *Revista Centro de Salud*, 5, 37-50.
- Azpiazu Garrido, M., Cmsz Jenloft, A., Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C-, García Marín, N. y Álvarez de Mon Regó, C. (2003). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Atención Primaria*. 31, 285-294.
- Badia, X., Salamero, M. y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud: guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac.
- Baker, T. A. y Green, C. R. (2005). Intra-race differences among black and white Americans presenting for chronic pain management: the influence of age, physical health, and psychosocial factors. *Pain Medicine*. 6, 29-38.
- Ballina García, F. J., Flórez Lozano, J. A. y Rodríguez Pérez, A. (1998). Calidad de vida de las personas ancianas. *Medicina Integral*. 32, 72-78.
- Barajas Gutiérrez, M. A., Robledo Martín, E., Tomás García, N., Sanz Cuesta, T., García Martín, P. y Cerrada Somolinos, I. (1998). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*. 72, 221-231.
- Bayo, J., Fernández-Aramburu, M. C., Orilla, F., Dalfó, F., CasaJuana, J., Vila, M. A., Plana, J., Masseda, A. M., Vives, S. y Nebot, A. (1996). Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*, 17, 273-280.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: SG Masson.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham. Philadelphia: open University Press.
- Boyie, M. y Torrance, G. (1984). Developing Multiattribute Health Indexes. *Medical Care*. 22, 1045-1057.
- Casado, J. M., González, N., Moraleda, S., Orueta, R., Carmona, J. y Gómez-Calcerrada, R. M. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Atención Primaria*. 28, 167-173.
- Castellón, A. y Aleixandre, M. (2001). Calidad de vida y salud. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, II, 12-19.
- Cole, K. y Vaughan, F. L. (2005). Brief cognitive behavioural therapy for depression associated with Parkinson's disease: A single case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 33, 89-102.
- Dossetor, J. B. (1990). La evaluación de la calidad de vida en las decisiones médicas. *Quadern CAPS*, 14, 36-40.
- Ebrahim, S. y Williams, I. (1992). Assessing the effects of a health promotion programme for elderly people. *Journal of Public Health Medicine*. 14, 199-205.
- Emmerson, J. P., Burvill, P. W., Finlay-Jones, R. y Hall, W. (1989). Life events, life difficulties and confiding relationships in the depressed elderly. *British Journal of Psychiatry*. 155, 787-792.
- Farré Rovira, R., Frascuet Pons, I. y Roma Sánchez, R. (1999). Estado de salud y calidad de vida de un colectivo de ancianos institucionalizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 34, 25-33.
- Ferrer Cháscales, R. I., Ribera Domeñe, D. y Reig Ferrer, A. (1998). Diferencias psicosociales y de salud en personas mayores según el modo de participación en un estudio. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33, 5-12.
- Franco, M. A. y Monforte, J. A. (1996). ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano? En A. Calcedo (Ed.), *la depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales* (pp. 19-43). Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología-
- Galiano, L. (1995). Influencia de la edad en la calidad de vida de pacientes mayores de 65 años con isquemia vestibrobásilar, tratados con nocardipino. *Revista de Neurología*. 23, 784-788.
- García Lizana, F., Manzano Alonso, J. L. y Saavedra Santana, P. (2001). Mortalidad y calidad de vida al darlo de alta de una unidad de cuidados

- intensivos en pacientes mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 116, 521-525.
- García Navarro, J. A. (2000). Psicopatología del anciano. Datos epidemiológicos. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10, 82-88.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-899.
- Gómez-Feria, I- (2002). La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. *Psiquiatría Biológica*, 9, 13-17.
- Guayar-Castrillón, P., Sendito, A. R., Banegas, J. R., López-García, E. y Rodríguez-Artalejo, R. (2005). Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*, 60, 1229-1240.
- Haan, R., Aaronson, N., Limburg, M., Langton Hewer, R. y Van Crevel, H. (1993). Measuring quality of life in stroke. *Stroke*, 24, 320-327. Harper, R. G., Kotic-Harper, D. y Kirby, H. (1990). Psychometric assessment of depression in an elderly general medical population. ¿Over or undersassessment? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 113-119.
- Hopton, J. L., Porter, A. M. y Howie, J. G. (1991). A measure of perceived health in evaluating general practice: the Nottingham Health Profile. *Family Practice*, 8, 253-260.
- Hunt, S. M., McEwen, J. y McKenna, S. P. (1986). *Measuring health status*. Londres: Croom Helm.
- Iliffe, S., Ienizan, P., Orrell, M., Walters, K., Drennan, V. y Tai, S. S. (2004). The developmental of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. *British Journal of General Practice*, 54, 914-918.
- Lizán Tudela, L. y Reig Ferrer, A (1998). Perspectiva del paciente en la evaluación de resultados en atención primaria: la medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Cuadernos de Gestión*, 4, 119-131
- Lukkarinen, H. y Hentinen, M. (1997). Assesment of quality of life with the Nottingham Health Profile among patients with coronary Herat disease. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 73-84.
- Montón, C., Pérez-Echevarría, M. J., Campos, R., García-Campayo, J., Lobo, A. y el Gzempp. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg, Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12, 345-349.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 141, 135-142.
- Noro, A. y Aro, S. (1996). Health-related quality or life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population. *Quality of Life Research*, 5, 355-366.
- Organización Mundial de la Salud (1994), *Quality of Life Assessment. An annotated bibliography*. Geneva: WHO (MNH/PSF/94.1).
- Patrick, D. L. y Erickson, P. (1988). ¿What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Quality of life in cardiovascular care, Autumn*, 103-127.
- Pérez-Echevarría, M. J. y el Gzempp. (1993). *Evaluación multiaxial de pacientes en atención primaria: el estudio epidemiológico de Zaragoza*. XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Zaragoza.
- Rapp, S. R., Parisi, S. A. y Wtlsh, D. A. (1988). Psychological dysfunction and physical health among elderly medical inpatients. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56, 851-855.
- Rubio, R., Aleixandre, M. y Cabezas, J. L. (2001). Calidad de vida y diferencias en función del Género. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11, 173-180.
- Ruigómez, A., Alonso, J. y Antó, J. M. (1991). Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 5, 117-124.
- VanderZee, K. I., Sanderman, R. y Heyink, J. (1996). A comparison of two multidimensional measures of health status: The Nottingham Heath Profile and me RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Quality of Life Research*, 5, 165-174.
- Vázquez-NogueroI, Méndez, R. y García Botó, S. (1997). Calidad de vida de las personas mayores inmovilizadas de un distrito urbano de Madrid. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 7, 72-88.