

ARTÍCULO ORIGINAL

## Calidad de vida en personas mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud

**Margarita Pino Juste**

*mpino@uvigo.es*  
*Universidad de Vigo*

**Fátima Bezerra Barbosa**

*Universidad de Minho*

**J. Portela Carreiro**

*Centro de Salud de Salceda*

**RESUMEN.** El objetivo de este estudio descriptivo transversal es describir el estado de salud y la calidad de vida de un colectivo de personas mayores de 65 años residentes en ciudades de Galicia y Norte de Portugal. En el estudio participaron 630 personas de las ciudades de Vigo (España) y Braga (Portugal). Las enfermedades más comunes son similares en ambas muestras, pero la afección de las mismas es muy diferente según el país. Los valores medios de las variables estudiadas son menores en Portugal que en España, sin embargo, las personas mayores en Portugal tienen una percepción más positiva de su salud y utilizan menos los recursos sanitarios quizás por estar menos disponibles o porque tienen una mayor autopercepción positiva de su salud.

**PALABRAS CLAVE.** Vejez, Calidad de vida, autopercepción de la salud.

**ABSTRACT.** The aim of this descriptive transverse study is describing the state of health and the quality of life of a group of 65-year-old elderly living in cities of Galicia and North of Portugal. A group of 630 people took part in this study of the cities of Vigo (Spain) and Braga (Portugal). The most common diseases are similar in both samples, but with different degrees according to the country. The average values of the studied variables are minor in Portugal than in Spain. However, the elderly in Portugal have a more positive perception of their health and they use less their sanitary resources either for being less available or because they have a better self-perception of their health.

**KEY WORDS.** Elderly, Quality of life, Health self-perception.

---

Fecha de recepción 18/03/2009 · Fecha de aceptación 14/03/2009

Correspondencia : Margarita Pino Juste

*mpino@uvigo.es*

Universidade de Vigo

España

### 1. MARCO TEÓRICO

En los países desarrollados, la situación demográfica se caracteriza por el progresivo descenso de la natalidad y el aumento de la

esperanza de vida (gracias a los avances de la Medicina) lo que conlleva un continuo y creciente fenómeno de incremento del envejecimiento de la población.

España y Portugal se sitúan entre los países europeos con uno de los más altos índices de esperanza de vida y con una de las más altas disminuciones de la tasa de mortalidad y una efectiva mejora de la calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo, esta cifra combinada con la baja tasa de natalidad trae asociada otras como el aumento del índice de envejecimiento o del índice de dependencia de los mayores. Este índice de dependencia aumenta de forma inversamente proporcional a los servicios y recursos existentes en los estados para satisfacer las necesidades de este colectivo, al no existir suficiente población activa que colabore, vía impositiva, a la creación de nuevos recursos.

Pero existe, además de este índice de dependencia económico, otra dependencia no menos preocupante, derivada del estado de salud, que convierte el fenómeno del envejecimiento en un grave problema. El Consejo de Europa (1998) la definió como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana” y también como “un estado en el que se encuentran personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, tienen necesidad de asistencia y/o de ayudas importantes, con el fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de forma particular, aquellos referidos al cuidado personal”.

Las previsiones de Fries (1989) elaboradas en la década de los ochenta sobre la disminución de las tasas de discapacidad entre las personas mayores, lejos de cumplirse, mostraron con crudeza que los síndromes y trastornos que producen dependencia aumentaban de modo considerable a partir de los 75 años con el consiguiente incremento de necesidades, cuidados y atenciones para el colectivo de esta edad.

De ahí la importancia de disponer de recursos que mejoren la calidad de vida de nuestros mayores para que disfruten de su vejez en las mejores condiciones físicas y mentales.

El concepto de calidad de vida es subjetivo y difícil de definir (Farré, Frasquet y Roma, 1999; Velarde y Ávila-Figueroa, 2002). Se ha puesto de manifiesto que no existe una definición unívoca sobre el término calidad de vida. Sin embargo la mayoría de las definiciones tienen dos elementos en común (Pereira y Pino, 2003): utilizan un enfoque multidimensional (Jones y Peñas, 2002) y hacen hincapié en la valoración que el individuo realiza de su propia vida (Fernández-López, Hernández y Cueto, 1993). Sin embargo, como muchas de estas definiciones son globales y abstractas, hay autores

como Patrick y Ericsson (1993) que sugirieron utilizar el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), conceptualizándose como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los acontecimientos que una persona puede padecer como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento. Se evita así la medición de aspectos no relacionados directamente con la salud como pudieran ser la libertad o el medio ambiente (Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, García Marín y Álvarez de Mon Rego, 2003).

Los instrumentos de medida de la salud percibida son una fuente de información muy importante para la toma de decisiones tanto en el ámbito sanitario como de los servicios sociales. En nuestro caso servirá para la toma de decisiones con el fin de diseñar e implementar un programa de educación para la salud en la tercera edad.

Existen varios trabajos sobre distintos instrumentos que evalúan la calidad de vida (Badia, Salamero y Alonso, 1999; Bowling, 1994). Entre otros autores, Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002) presentan un inventario de 126 instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en diversas poblaciones y enfermedades.

Aunque existen numerosos instrumentos para medir la calidad de vida en población adulta (Casas Anguita, Repullo Labrador y Pereira Candel, 2001) hemos optado por utilizar la escala de calidad de vida SF-36 ya ampliamente estudiada en el ámbito español (Alonso, Prieto y Antó 1995; Alonso, Prieto, Ferrer, Vilagut, Broquetas, Roca y otros 1998a; Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez y de la Fuente, 1998b; Prieto, Alonso Ferrer y Antó, 1997; López García y otros, 2003 ) y portugués (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão y Cuaresma, 1999; Ferreira, 2000<sup>a</sup>, 2000<sup>b</sup>; Milton Severo, López y Barros, 2006); pero en su versión reducida SF-12 (Vilagut Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permayer-Miranda, Quintana y otros, 2005) para no alargar demasiado la entrevista ya que se añadió un cuestionario elaborado para este estudio con el fin de conocer los recursos sociales de los que disponen las personas mayores.

El *SF-36 health Survey* es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston (Massachussets) y fue desarrollada para el estudio de resultados médicos: Medical Outcome Study (MOS) por Ware y Sherbourne en 1992.

El proceso de desarrollo y validación del cuestionario ha estado detallado en los artículos de Ware y Sherbourne (1992), McHorney, Ware y

Raczek (1993) y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne (1994).

El SF-12 está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, incluyendo uno o dos ítems de cada una de las 8 escalas del SF-36. La información de estos 12 ítems se utiliza para construir las medidas sumario física y mental del SF-12. Estas medidas sumario física y mental (componente físico y mental) están derivadas de diferentes categorías o subescalas (funcionamiento físico, papel-físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, papel-emocional y salud mental).

Nuestro objetivo es comparar el estado de salud autopercebido y la calidad de vida de un colectivo de personas mayores de la euroregión Galicia-Norte de Portugal, concretamente seleccionamos las ciudades de Vigo (España) y Braga (Portugal) y conocer los recursos sociales de los cuales disponen.

## 2. MATERIAL Y MÉTODO

La investigación fue realizada con 630 personas mayores de 65 años que acudían a centros de salud de la ciudad española de Vigo y de la ciudad Portuguesa de Braga. Estos centros fueron seleccionados al azar y los pacientes se elegían del listado de citas del médico que había aceptado participar en el estudio.

Durante la pasación se informaba al paciente sobre el objetivo del instrumento y se solicitaba su consentimiento informado. El período de recogida de datos abarcó desde octubre de 2006 a febrero de 2007.

Para comprobar la fiabilidad de la escala SF-12 se utilizó el Alpha de Crombach, evaluando la consistencia interna que ofrece una puntuación de 0,79 para la dimensión física y 0,86 para la mental. Los coeficientes de correlación de cada ítem con la subescala correspondiente varían entre 0,59 y 0,89. Estos resultados los consideramos pertinentes porque proponen algunos criterios estadísticos para inferir la fiabilidad y validez en medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (Bullinger, Alonso, Apolone, Leplège, Sullivan, Wood-Dauphinee y otros, 1998). Para Bullinger y otros la correlación de la puntuación de un ítem particular en relación con la total de la escala no ha de ser inferior a 0,40. Al mismo tiempo, la consistencia interna debe ser superior a 0,70 y el coeficiente de correlación para demostrar la validez de la prueba ha de ser como mínimo de 0,50.

Para conocer los servicios sociales y de salud existentes en el entorno se confeccionó inicialmente un registro de recursos sometido al juicio de expertos. Sobre este listado, se le pregunta a los sujetos participantes, con el objeto de saber tanto si los conocen como si en esos momentos son usuarios de los mismos. La información sobre la utilización que realiza el colectivo de los recursos socio-sanitarios se recoge con un cuestionario elaborado «ad hoc».

Los recursos sociales son medidos normalmente por la frecuencia de interacción social y tamaño de la red social (Roberts, Dunkle y Haug, 1994). Nosotros utilizamos este segundo criterio.

La validez de contenido del cuestionario confeccionado se realizó a través del juicio de expertos (personal psico-socio-sanitario y educadores), aconsejándonos sobre los aspectos de carácter técnico del contenido de los ítems, su base lógica, adecuación a la muestra objeto de estudio, etc. (Fox, 1987), con el objeto de validar el instrumento.

Por lo tanto, el instrumento de medición estaba constituido por la escala de calidad de vida SF-12 y un cuestionario diseñado ad hoc para evaluar los recursos sociales y sanitarios a los que pueden tener acceso las personas mayores. Para recoger información acerca de los recursos se hizo un listado de servicios sociales, de salud y actividades de ocio.

Los análisis del cuestionario se realizaron con el programa informático SPSS, versión 14. Los ítems cerrados del cuestionario se analizan estadísticamente presentando en este artículo resultados de los análisis de contingencia de las variables nominales (dicotómicas y categoriales) que resultan significativas. Se calcularon además la media, los diversos percentiles y la desviación estándar de las puntuaciones. Estos cálculos se realizaron para el total de la muestra y para cada género, edad, nivel de estudios, diagnóstico y recursos por separado.

Para comparar las variables cualitativas, al seguir una distribución normal, se aplicó la comparación de proporciones ( $\chi^2$  de tendencia lineal), en el análisis de datos cuantitativos la t de student y para la correlación entre las componentes física y mental de la escala y el conocimiento de recursos se calculó el coeficiente de correlación de Spearman. La significatividad estadística se ha establecido en un valor de  $p=0,05$  para un nivel de confianza del 95%.

Entre los criterios de inclusión se fijaron: pacientes de ambos sexos mayores de 65 años que acudían a consulta y pacientes que acepten su participación en el estudio y que hayan otorgado su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

Como criterios de exclusión se señalaron: pacientes de los que no se dispongan de datos de su historia clínica y pacientes que en el momento de la realización del estudio presenten un diagnóstico de

deterioro cognitivo moderado o severo que les imposibilitara la valoración de la escala de medida.

### 3. RESULTADOS

Como ya hemos señalado fueron evaluadas 630 personas de edad igual o superior a 65 años. De ellos 407 eran españoles y 223 portugueses. Los datos identificativos más importantes los podemos comprobar en la tabla adjunta:

VARIABLES	% ESPAÑA	% PORTUGAL
<b>Sexo</b>		
Hombres	39,5	43,4
Mujeres	60,5	56,6
<b>Estado civil</b>		
Soltero	6,9	10,2
Casado	45,7	45,9
Viudo	44,6	39,8
Separado	2,5	4,1
<b>Edad Media</b>	75,70	73,33
<b>Estudios</b>		
Sin estudios	44,6	34
Primarios	44,1	50
Secundarios	5,9	11
Formación Profesional	2,2	2
Universitarios	2,5	3
<b>Conocimiento de los recursos propios o a menos de diez km.</b>		
Casa Propia	81,2	74,3
Centro de salud	91,4	71,3
Centro Cultural	65,8	44,6
Servicios Sociales	76,4	51,5
Iglesia	96,6	91,1
Centro de día	39,8	48,5
Farmacia	88,7	68,3
Asociaciones	60,1	41,6

**Tabla 1: Porcentajes de las variables descriptivas**

Como podemos apreciar hay mayor número de mujeres que participaron en el estudio que de hombres en ambos países, aunque en Portugal la diferencia es menos significativa. La mayoría están casados o viudos y su nivel de estudios lo podemos considerar bajo ya que la inmensa mayoría de las personas mayores de 65 años participantes en el estudio no tiene estudios o tiene estudios primarios.

En relación con los recursos de los que disponen podemos apreciar que en España la accesibilidad a los recursos es mayor ya que están más cerca de su domicilio salvo en el caso de los centros de día que existe una mayor cercanía y acceso en el caso portugués.

Los diagnósticos más frecuentes son la hipercolesterolemia, la diabetes, la hipertensión y la artrosis aunque como vemos en la tabla adjunta los porcentajes son bien diferentes.

DIAGNÓSTICO	% ESPAÑA	% PORTUGAL
Hipercolesterolemia	85,3	24,8
Diabetes	82,6	55,4
Hipertensión	67,3	38,6
Artrosis/Artritis	54,3	42,6
Obesidad	7,1	14,9
Tabaquismo	6,6	6,9
Cardiopatías	4,9	1,6
Asma	2,0	0,4
Alcoholismo	1,5	5,0
Depresión	1,5	0,4
Próstata	1,2	1,0

**Tabla 2. Diagnóstico clínico de los participantes**

Aunque las enfermedades más comunes son similares, la afección de las mismas es muy distinta. En Portugal solamente un 24,8 % está diagnosticado de hiperlipemia mientras que en España este porcentaje se dispara al 85,3%. Similares resultados se producen en diabetes, aunque la diferencia es menos significativa, y en hipertensión y artrosis. Sin embargo, y curiosamente hay un mayor índice de diagnósticos de obesidad en Braga que en la ciudad de Vigo. En el caso del tabaquismo la situación es muy similar.

El componente físico de la escala SF-12 nos arroja una media en España de 29,3136 y una desviación típica de 7,92170, mientras que el

componente mental nos ofrece una media de 37,6808 y una desviación típica de 10,52916. Sin embargo, en Portugal el componente físico tiene una media de 27,0959 y una desviación típica de 4,66397; mientras que el componente mental una media de 42,6784 y una desviación típica de 7,96531.

Es decir, el componente físico es menor en Portugal que en España, pero sin embargo en Portugal tienen una mayor autopercepción de su salud y como podemos comprobar en los datos su componente mental es mayor.

A continuación presentamos los resultados de cada ítem de la escala de calidad de vida con sus respectivas media y desviación.

ITEM	X España	S <sup>2</sup> España	X Port.	S <sup>2</sup> Port.
Su salud es	3,59	0,855	3,97	0,84
Puede hacer esfuerzos moderados: mover mesa, aspirar, caminar.	2,05	0,728	1,83	0,70
Puede subir varios pisos por la escalera	1,89	0,758	1,65	0,68
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	3,16	1,145	2,76	1,14
Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas	3,38	1,171	2,92	1,13
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	3,96	1,136	3,33	1,14
Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente por un problema emocional	3,99	1,141	3,45	1,23
El dolor le ha dificultado su trabajo habitual	2,65	1,219	3,11	1,09
Se sintió calmado y tranquilo las últimas 4 semanas	2,42	1,034	2,44	1,01
Tuvo mucha energía las últimas 4 semanas	3,10	1,089	2,85	1,12
Se sintió desanimado y deprimido las últimas 4 semanas	3,77	1,067	3,68	1,15
Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales en las últimas 4 semanas	3,72	1,184	3,21	1,18

**Tabla 3. Valoración sobre la calidad de vida (escala SF-12)**

Como podemos apreciar los valores medios son menores en Portugal que en España, sin embargo las personas mayores en Portugal tienen una percepción más positiva de su salud.

Estableciendo comparaciones entre los grupos por edad y sexo encontramos que la percepción que tiene sobre su salud el grupo de personas de entre 65 y 75 años, es más optimista que el de los mayores de 75 años. Y si tenemos en cuenta su estado civil y su sexo descubrimos que los casados ( $\chi^2= 0,023$ ) y los hombres ( $\chi^2= 0,037$ ) cuentan con una apreciación más positiva de su salud; asimismo cuanto mayor es el nivel de estudios más favorable es la visión que tienen sobre su estado de salud ( $\chi^2= 0,012$ ) en ambos países.

Además, y como cabría esperar, las personas con artrosis tienen menores puntuaciones en el componente físico de la escala y, en el caso de España, las que padecen depresión tienen menores puntuaciones en el componente mental.

#### **4. DISCUSIÓN Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN CARA AL DISEÑO DE PROGRAMAS**

Los valores medios de las variables estudiadas son menores en Portugal que en España, sin embargo, las personas mayores en Portugal tienen una percepción más positiva de su salud y utilizan menos los recursos sanitarios.

La causa de estos resultados se puede deber a varias circunstancias. Por un lado, que las personas mayores en Portugal acuden menos al centro de salud, por lo tanto, estén menos diagnosticadas. Por otro que la dificultad o el desconocimiento de los recursos les lleve a justificar la enfermedad como algo natural y propio de la edad y no acudir al centro de salud. De hecho sabemos que cuanto mayor es la oferta de recursos sanitarios mayor es la demanda o lo que suele denominarse demanda inducida por la oferta (Clavero Barranquero y González Álvarez, 2005; Deb y Triverdi, 2002).

Además el componente físico es menor en Portugal que en España, pero sin embargo en Portugal tienen una mayor autopercepción de su salud y el componente mental de la escala es mayor. Por lo tanto, a pesar de un mayor deterioro físico su estado anímico es más alto y por lo tanto la percepción sobre su salud más positiva. Ello podría ser debido a que el desconocimiento de sus enfermedades puede crear una percepción positiva al no existir preocupación por la misma. De hecho, Palomo, Rubio y Gervás (2006) señalan que la

percepción de la calidad de vida se relaciona más con la comorbilidad mental que física.

En algunos estudios ya se ha puesto de manifiesto que la calidad de vida está asociada a los niveles de dependencia, estado mental y funcionalidad (Lobo, Santos y Carvalho, 2007; Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanadades, García y Alvear, 2002).

También se destaca el menor conocimiento sobre los recursos en Portugal. Recordemos que el desconocimiento de los recursos locales provoca no sólo la saturación de los servicios sanitarios de atención primaria, sino también la escasa demanda de otros servicios sociales de base con personal cualificado para atender a problemáticas asistenciales concretas (Hermanova, y Richarson, 2001; Delnoij, Klazinga y Van der Velden, 2003).

Para evitar que se acentúe el aislamiento, el desarraigo, la falta de autonomía y el sentimiento de prescindibilidad que tiene el anciano (Glasby, 2000; Montorio e Izal, 2000) se puede favorecer la utilización de nuevos recursos que fomenten la integración comunitaria.

Además, el mayor apoyo a través de los recursos sociales tiene efectos beneficiosos sobre la evitación y retraso de la discapacidad y la depresión (Jang, Haley, Small y Mortimer, 2002; Sugisawa y Sibata, 2000).

Debemos saber que las personas mayores utilizan los recursos sociales, entre otras cosas, cuando están relacionados con sus representaciones biográficas; es decir cuando resultan algo cotidiano y familiar para ellos, lo que está estrechamente unido a experiencias emocionales, por lo general, vividas en la familia (Wensauer y Grossmann, 1995).

En países donde las distancias son mayores y la movilidad geográfica importante la función protectora de la familia se manifiesta como una de las actividades más útiles e integradoras. Se sabe que para la persona anciana lo más importante es la familia, dejando de tener tanta importancia el resto del entramado social (Espejo, Martínez de la Iglesia, Rubio, Dueñas, Fernández Fernández y Yun, 1998).

Entre los recursos socio-sanitarios disponibles y utilizados por las personas mayores se revela que la iglesia, el centro de salud y la farmacia son los más conocidos. Algunos autores como Gago Herrera y Rodríguez Testal (2002) señalaron que la religión es el recurso de afrontamiento más frecuentemente utilizado.

Un modo de evitar la saturación de algunos de estos servicios y de potenciar la práctica de otros, entendemos que es realizando intervenciones de tipo preventivo o de reeducación.

Además, mejorando la calidad de vida de los mayores se reducirá el uso excesivo de ciertos recursos socio-sanitarios cuyo coste es cada vez mayor; en este cambio juega un papel primordial la planificación e implementación de programas educativos con enfoques preventivos o reeducativos reforzando de forma interdisciplinar la cooperación entre diferentes profesionales del campo psico-socio-sanitario y educativo.

En función de los diagnósticos más habituales consideramos que los programas de educación para la salud que se diseñen deben tener como contenidos básicos la alimentación y nutrición, el fomento de la actividad física y el conocimiento de recursos del entorno donde viven sus posibles usuarios.

En las sociedades industriales se observa una patente reducción de actividad física y falta de esfuerzo, gracias a los avances tecnológicos, lo que conlleva un incremento del sedentarismo. De ahí que en los últimos años proliferen los estudios sobre la relación entre actividad física y salud, y de ambos con la calidad de vida.

De los estudios realizados hasta el momento ha quedado suficientemente demostrado que el ejercicio de una actividad física, mejora la salud y ayuda al tratamiento de diferentes enfermedades como la obesidad o la diabetes no insulino-dependiente, la aterosclerosis y las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, algunas enfermedades respiratorias, el cáncer, las enfermedades reumatoideas o determinadas enfermedades crónicas (Bouchard y cols, 1990, 1994; D'Amours, 1988; Kolbe, Kann, Patterson, Wechsler, Osorio y Collins, 2004).

Lo mismo ocurre con la necesidad de seguir una dieta equilibrada, entendida como el conjunto de alimentos que pueden proporcionar cada día todo lo que necesita nuestro cuerpo, dada su importancia fundamental para el desarrollo armónico de nuestro cuerpo (García Rollán, 1990).

Consideramos que el estudio ha puesto de manifiesto la importancia de la evaluación de necesidades para diseñar e implementar programas gerontológicos y cursos de formación para mejorar la calidad de vida de los mayores (Majeski, Damond y Stover, 2007); máxime cuando la puesta en marcha de estos proyectos continúa siendo limitada o inexistente a pesar de que este tipo de intervenciones educativas son más que aconsejables (Coogle,

Parham, Cotter, Welleford y Netting, 2005) dada su eficacia para mejorar la autopercepción de la salud, así como las condiciones de vida y la autonomía personal lo que retrasa de forma considerable la dependencia. Es decir, es importante prolongar los años de vida de las personas otorgándole una mayor calidad de vida a esta continuidad y para ello es necesario contribuir a la mejora de su salud a través de la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades, fomentando el envejecimiento activo y la calidad de vida.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J., Prieto, L., Ferrer, M., Vilagut, G., Broquetas, J.M., Roca, J. y otros (1998). Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Clinical of Epidemiology*, 51, 1087-1094.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y De La Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del cuestionario de salud SF36: un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 20 (104), 771-776.
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J.R., Abanades, J.C., García Marín, N. y Álvarez de Mon Rego, C. (2003). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados en dos áreas sanitarias de Madrid. *Atención Primaria*, 31(5), 285-292.
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, Jr., Abanades, J.C., García, N. y Alvear, F. (2002). Factores asociados al mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 683-699.
- Badia, X., Salamero, M. y Alonso, J. (1999). *La Medición de la Salud. Guía de escalas de medición en español. Cuestionario de Salud SF-36*. Barcelona: A. Edimac.
- Bouchard, C., Shephard, R.J. y Stephens, T. (eds.) (1994). *Physical activity, fitness, and health. International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign. Illinois: Human Kinetics.
- Bowling, A. (1994). *La medida de salud. Revisión de escalas de medida de calidad de vida*. Barcelona: Masson.
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S. y otros (1998). Translating health status questionnaires

- and evaluating their quality: The International Quality of Life Assessment Project approach. *Journal Clinical of Epidemiology*, 51, 913-923.
- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J.R. y Pereira Candel, J. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina Clínica*, 116, 798-796
- Ciconelli, R.M., Ferraz, M.B., Santos, W., Meinão, I. y Cuaresma, M.R. (1999). Tradução para a lingua portuguesa e validação do cuestionario genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
- Clavero Barranquero, A. y González Álvarez, M.L. (2005). Una revisión de los modelos ecométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de los servicios sanitarios. *Revista de Economía Aplicada*, 173(2), 129-162.
- Consejo de Europa (1998). *Recommandation núm. R(98)9, du Comité des ministres aux états membres relative à la dépendance*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Coogle, C.L., Parham, I.A., Cotter, J.J., Welleford, E.A. y Netting, F.E. (2005). A professional development program in geriatric interdisciplinary teamwork: Implications for managed care and quality of care. *Journal of Applied Gerontology*, 24(2), 142-159.
- D' Amours, Y. (1988). *Activité physique: Santé et maladie*. Montréal, Ed. Québec/Amérique.
- Deb, P. y Triverdi, P.K. (2002). The structure of demand for health care: latent class versus two-part models. *Journal of health*, 21, 601-625.
- Delnoij, D.M., Klazinga, N.S. y Van Der Velden, K. (2003). Building integrated health systems in Central and Eastern Europe. *European Journal of Public Health*, 13 (3), 240-245.
- Espejo, J., Martínez De La Iglesia, J., Rubio, V., Dueñas, R., Fernández Fernández, M.J. y Yun, A. (1998). Recursos sociales en mayores de 60 años. Su relación con factores sociodemográficos y de salud. *Atención Primaria*, 21(2), 88-96
- Farré, R., Frasquet, I. y Roma, R. (1999). Estado de salud y calidad de vida de un colectivos de ancianos institucionalizados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34(1), 25-33.
- Fernández-López, J.A., Hernández, R. y Cueto, A. (1993). Calidad de vida. Algunas consideraciones metodológicas. *Medicina Integral*, 22, 422-426.
- Ferreira, P. (2000a). Adaptação cultural e Lingüística. Criação da Verção portuguesa do MOS SF-36. *Acta Medica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P. (2000b). Testes de Validação. Criação da Verção portuguesa do MOS SF-36. *Acta Medica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Fox, D.J. (1987). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: Eunsa.
- Fries, J.H. (1989). The compression of morbidity: near or far? *The Milbank Quarterly*, 67, 208-232.
- Gago Herrera, C. y Rodríguez Testal, J.F. (2002). Afrontamiento del estrés institucional en la vejez. *Geriatría*, 18(6), 179-196.
- García Rollán, M. (1990). *Alimentación humana. Errores y consecuencias*. Madrid: Ediciones Mundiprensa.
- Glasby, J. (2000). Innovation and involvement: 100 years of community work with older people. *Education and Ageing*, 15(1), 85-97.
- Hanewinkel, R. y Asshauer, M. (2004). Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. *Health Education Research*, 19, 125-37.
- Hermanova, H.M. y Richarson, S.K. (2001). Conclusions and recomendations for policies on rural aging in the first decades of the 21st century. *Journal of rural health*, 4(17), 378-382.
- Heyward, V.H. (1996). *Evaluación y prescripción del ejercicio*. Barcelona: Paidotribo.
- Jang, Y., Haley, W.E., Small, B.J. y Mortimer, J.A. (2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depresión in later life. *The gerontologist*, 42(6), 807-813.
- Jones, M. y Peñas, P.F. (2002). Calidad de vida (I). Generalidades. *Actas dermosifiliográficas*, 93(7), 421-431.
- Kolbe, L., Kann, L., Patterson, B., Wechsler, H., Osorio, J. y Collins, J. (2004). Enabling the nation's schools to help prevent heart disease, stroke, cancer, COPD, diabetes, and other serious health problems. *Public Health Reports*, 119, 286-302.
- Lobo, A., Santos, M.P. y Carvalho, J. (2007). Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42 (1), 22-26.
- López García, E., Banegas Jr., Graciani, A., Gutierrez Fisacjl., Alonso J. y Rodríguez-Artalejo, F. (2003). Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36 en



- población adulta de más de 60 años. *Medicina Clínica*, 120(15), 568-573.
- Majeski, R.A., Damond, M., y Stover, M. (2007). Assessment of gerontology programs: A comprehensive, strategic approach. *Educational Gerontology*, 33(7), 543-560.
- Mchorney, C.A., Ware J.E., Lu, J.F.R. y Raczek, A.E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31, 247-263
- Mchorney, C.A., Ware J.E., Lu J.F.R. y Sherbourne C.D. (1994). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Tests of data quality. Scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32, 40-66.
- Milton Severo, A.C.S., Lopes, C. y Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Medica Portuguesa*, 19, 281-288.
- Montorio, I. e Izal, M. (2000). *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Palomo, L. Rubio, C. y Gervás, J. (2006). La comorbilidad en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 182-191.
- Patrick, D.L. y Ericsson, P. (1993). *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press,
- Pereira, M.C. y Pino, M. (2003). Intervención educativa para la mejora de la calidad de vida del paciente geriátrico. Un programa interdisciplinar en educación social. *Revista Portuguesa de Pedagogía*, 37(3), 231-252.
- Prieto, L., Alonso, J., Ferrer, M. y Antó, J.M. (1997). Are results of the SF36 health survey and the Nottingham Health Profile similar. *Journal of clinical epidemiology*, 50(4), 463-473.
- Prieto, L., Alonso, J. y Antó, J.M. (1996). Estimating sample sizes for studies using SF36 health survey. *Journal of clinical epidemiology*, 50(4), 473-474.
- Roberts, B.L., Dunkle R. y Haug, M. (1994). Physical, psychological and social resources as moderators of the relationship of stress to mental health of the very old. *Journal of Gerontology*, 49 (1), 35-43.
- Sugisawa, H. y Sibata, H (2000). Comparison of physical, psychological, and social resources and their effects on mental well-being between young-old and old-old Japanese elderly. *Japanese Journal of public Health*, 47(7), 589-601.
- Velarde, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública México*, 44(4), 349-361.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permayer-Miranda, G.Y., Quintana, J.M. y otros (2005). El cuestionario SF-36 español una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Ware Je, J.R. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Wensauer, M. y Grossmann, KE. (1995). Quality of attachment representation, social integration and use of social network resources in advanced age. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 28(6), 444-456.