

*Colección Estudios
Serie Personas Mayores*

EST

Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional

Premio IMSERSO "Infanta Cristina" 2004

José Javier Yanguas Lezaun



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



IMSERSO

Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional

Premio IMSERSO "Infanta Cristina" 2004

José Javier Yanguas Lezaun

COLECCIÓN ESTUDIOS

Serie Personas Mayores

N.º 11002

Catálogo General de Publicaciones Oficiales
<http://publicaciones.administracion.es>

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales no comparte necesariamente las opiniones y juicios expuestos y en ningún caso asume responsabilidades derivadas de la autoría de los trabajos que publica.

DISEÑO DE LA COLECCIÓN Y MAQUETACIÓN:

Onoff Imagen y Comunicación

Primera edición, 2006

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

EDITA:

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
Avda. de la Ilustración, s/n, con vuelta a Ginzo de Limia, 58. - 28029 Madrid
Tel. 91 363 89 35 - Fax 91 363 88 80
E-mail: publicaciones.imserso@mtas.es
<http://www.seg-social.es/imserso>

NIPO: 216-06-081-5

ISBN: 84-8446-088-6

D.L.: M-39.435-2006

IMPRIME: ARTEGRAF, S. A.

Sebastián Gómez, 5, 1.º
28026 Madrid

AGRADECIMIENTOS

*A Cristina Buiza, Ignacio Montorio,
Mayte Sancho y Juan Etxeberria
A Fundación Matia por su apoyo incondicional a la I+D*

DEDICATORIA

A José Yanguas

ÍNDICE

PARTE TEÓRICA

Presentación	25
Introducción	27
Capítulo 1. Funcionamiento social: Apoyo social	33
1.1. Introducción	35
1.2. Apoyo social: concepto	35
1.3. Modelos teóricos de apoyo social	36
1.3.1. Teoría de estrés	37
1.3.2. Teoría de la necesidad	37
1.3.3. Teoría del efecto funcional	37
1.4. Apoyo social en la vejez	38
1.5. Efectos del apoyo social sobre la salud, el bienestar y la adaptación en la vejez	40
1.5.1. Principales hipótesis que han intentado explicar la forma en que el apoyo social se relaciona con la salud física y mental	40
1.5.2. Otros modelos que vinculan el apoyo social con el bienestar	43
1.6. Resumen del Capítulo	46
Capítulo 2. Funcionamientos psicoafectivos: depresión, ansiedad y satisfacción vital .	47
2.1. Introducción	49
2.2. Depresión	49
2.2.1. Epidemiología de la depresión en personas mayores	49
2.2.1.1. Introducción	49
2.2.1.2. Diferencias debidas a la edad en tasas de depresión	49

2.2.2. Relación envejecimiento-depresión	51
2.2.3. Naturaleza de la depresión en personas mayores y diagnóstico diferencial	53
2.2.4. Modelos teóricos sobre depresión	55
2.2.4.1. Modelo diatesis-estrés de Zubin y Spring (Zubin y Spring, 1977)	55
2.2.4.2. Modelo de Beck	56
2.2.4.3. Modelo de Lewinshon	57
2.2.4.4. Modelo de Gotlib y Colby	57
2.2.4.5. Teoría de la indefensión aprendida de Seligman	58
2.2.5. Dimensiones psicosociales de la depresión	59
2.3. Ansiedad	60
2.3.1. Epidemiología de los trastornos de ansiedad	60
2.3.2. Clasificación de los trastornos de ansiedad	61
2.3.3. Envejecimiento y trastornos de ansiedad	62
2.3.4. Modelos teóricos de los trastornos de ansiedad	64
2.4. Satisfacción vital	65
2.5. Resumen del Capítulo	67
Capítulo 3. Funcionamiento físico y salud	69
3.1. Introducción. El estado de salud de las personas mayores	71
3.2. Relación entre conducta y salud	76
3.2.1. Efectos del estado de salud sobre la conducta	78
3.2.1.1. Efectos de la enfermedad sobre el estado emocional	78
3.2.1.2. Efectos de la enfermedad sobre la capacidad funcional	79
3.2.2. Efectos de la conducta sobre la salud	80
3.2.2.1. Prevención de la enfermedad	82
3.2.2.2. Promoción de la salud	83
3.2.3. Factores psicosociales mediadores entre conducta y salud	83
3.2.3.1. Control percibido y autoeficacia	84
3.2.3.2. Cogniciones sobre la enfermedad, representación de la enfermedad y percepción de amenaza	84
3.2.3.3. Afrontamiento	85
3.2.3.4. Apoyo social	85
3.3. Promoción de la salud	85
3.4. Algunos estudios sobre vejez con éxito y comportamiento	87
3.5. Resumen del Capítulo	89

Capítulo 4. Funcionamiento cognitivo	91
4.1. Introducción	93
4.2. Orientación	93
4.3. Atención	94
4.4. Memoria	96
4.5. Lenguaje	99
4.6. Funciones visuoespaciales y visuoperceptivas	102
4.7. Funciones ejecutivas y razonamiento	103
4.8. Resumen del Capítulo	105
Capítulo 5. Calidad de vida relacionada con la salud	107
5.1. Introducción	109
5.2. Concepto de calidad de vida relacionada con la salud	109
5.3. Modelos teóricos de calidad de vida	113
5.3.1. Modelo ecológico de Lawton	113
5.3.2. Modelos comportamentales	113
5.3.3. Modelos de bienestar	114
5.3.4. Modelos de desempeño de rol	114
5.3.5. Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida	115
5.3.6. Modelo de la homeostasis de la calidad de vida	117
5.3.7. Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores	118
5.4. Paradigmas futuros en la perspectiva sociológica de la calidad de vida	119
5.5. Evaluación de la calidad de vida	120
5.5.1. Instrumentos generales de evaluación de la calidad de vida	120
5.5.2. Evaluación de la calidad de vida en la vejez	121
5.6. Resultados de estudios con instrumentos de medida de calidad de vida	124
5.7. Implicaciones en la intervención en Gerontología	125
5.8. Resumen del Capítulo	126
 PARTE EMPÍRICA	
Capítulo 6. Método	131
6.1. Objetivos	133
6.1.1. Objetivos generales	133
6.1.2. Objetivos específicos	133

6.2. Método	134
6.2.1. Sujetos	134
6.2.2. Variables e instrumentos	140
6.3. Procedimiento	140
6.4. Análisis estadísticos	141
6.4.1. Características de la muestra y decisiones sobre los análisis estadísticos	141
Capítulo 7. Estudio de la influencia de diversos factores sociodemográficos en las áreas básicas de evaluación de las personas mayores	147
7.1. Introducción	149
7.2. Evaluación de Actividades de Vida Diaria. Índice de Barthel	149
7.3. Salud percibida. Cuestionario de salud de Goldberg (CHQ-28)	154
7.3.1. Puntuación total del Cuestionario de salud de Goldberg (CHQ-28)	155
7.3.2. Puntuación subescala "Angustia-ansiedad" del Cuestionario de salud de Goldberg (CHQ-28)	157
7.3.3. Puntuación subescala "Depresión" del Cuestionario de salud de Goldberg (CHQ-28) ..	160
7.3.4. Puntuación subescala "Disfunción social" del Cuestionario de salud de Goldberg (CHQ-28)	163
7.3.5. Puntuación subescala "Síntomas somáticos" del Cuestionario de salud de Goldberg (CHQ-28)	166
7.4. Nivel de depresión (GDS)	168
7.5. Nivel de ansiedad (EADG)	171
7.6. Satisfacción vital (Escala de Satisfacción de Filadelfia)	174
7.7. Rendimiento cognitivo (MEC)	176
7.7.1. Puntuación total del miniexamen cognoscitivo (MEC)	177
7.7.2. Puntuación de las funciones "Concentración y cálculo" del miniexamen cognoscitivo (MEC)	181
7.7.3. Puntuación de la función "Fijación" del miniexamen cognoscitivo (MEC)	184
7.7.4. Puntuación de las funciones "Lenguaje y construcción" del miniexamen cognoscitivo (MEC)	184
7.7.5. Puntuación de la función "Memoria" del miniexamen cognoscitivo (MEC)	187
7.7.6. Puntuación de la función "Orientación" del miniexamen cognoscitivo (MEC)	191
7.7.7. Puntuación total del SPMSQ	194
7.8. Recursos sociales (OARS)	198
7.9. Calidad de vida relacionada con la salud (COOP-WONCA)	202
7.9.1. Puntuación total del COOP-WONCA	204

7.9.2. Puntuación "Forma física" del COOP-WONCA	208
7.9.3. Puntuación de los "Sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión" del COOP-WONCA	210
7.9.4. Puntuación de las "Dificultades en actividades cotidianas" del COOP-WONCA	213
7.9.5. Puntuación de las "Actividades sociales limitadas" del COOP-WONCA	216
7.9.6. Puntuación de los "Cambios en el estado de salud" del COOP-WONCA	219
7.9.7. Puntuación del "Estado de salud" del COOP-WONCA	221
7.9.8. Puntuación del "Dolor" del COOP-WONCA	222
7.9.9. Puntuación del "Apoyo social" del COOP-WONCA	224
7.9.10. Puntuación de la "Calidad de vida" del COOP-WONCA	226
7.10. Conclusiones	229
7.10.1. Funcionamiento afectivo	229
7.10.2. Salud percibida	230
7.10.3. Funcionamiento cognitivo	232
7.10.4. Calidad de vida relacionada con la salud	233
7.10.5. Capacidad de ejecución de actividades de vida diaria	235
7.10.6. Funcionamiento social	236
Capítulo 8. Análisis de interrelaciones entre diferentes áreas de funcionamiento psicológico	239
8.1. Medición de las relaciones entre las áreas analizadas	241
8.2. Medidas de asociación entre las áreas de funcionamiento medidas a través de variables categóricas	243
Capítulo 9. Estructura factorial de la calidad de vida relacionada con la salud ...	255
9.1. Introducción	257
9.2. Objetivos	257
9.3. Proceso	257
9.4. Resultados	258
9.5. Conclusiones	259
Capítulo 10. Estudio de la influencia del funcionamiento afectivo, social, cognitivo, capacidad funcional y salud percibida en la calidad de vida relacionada con la salud	261
10.1. Introducción	263
10.2. Variable dependiente COOP-WONCA (puntuación total)	263

10.3.	Variable dependiente COOP-WONCA (puntuación total) excluidos los casos atípicos ...	266
10.4.	Variable dependiente COOP-WONCA/2 (sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión)	268
10.5.	Variable dependiente COOP-WONCA/ACPP (estado de salud y actividad social)	270
10.6.	Variable dependiente COOP-WONCA/1 (actividad física)	272
10.7.	Variable dependiente COOP-WONCA/8 (apoyo social)	274
10.8.	Variable dependiente COOP-WONCA (calidad de vida respecto de la salud) según la variable género	276
10.8.1.	Varones	276
10.8.2.	Mujeres	277
10.9.	Variable dependiente COOP-WONCA (calidad de vida relacionada con la salud) según la variable grupos de edad	279
10.10.	Resumen del estudio de la influencia de las variables objeto de estudio en la calidad de vida de toda la muestra	290
10.10.1.	Variable dependiente: calidad de vida relacionada con la salud	291
10.10.2.	Variable dependiente: sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión de la calidad de vida relacionada con la salud	291
10.10.3.	Variable dependiente: estado de salud y actividad social de la calidad de vida relacionada con la salud	291
10.10.4.	Variable dependiente: actividad física de la calidad de vida relacionada con la salud	291
10.10.5.	Variable dependiente: apoyo social de la calidad de vida relacionada con la salud	292
10.11.	Resumen del estudio de la influencia de las variables objeto de estudio en la calidad de vida de toda la muestra según género	292
10.12.	Resumen del estudio de la influencia de las variables objeto de estudio en la calidad de vida de toda la muestra según grupos de edad	293
10.13.	Conclusiones sobre el estudio de la influencia del funcionamiento afectivo, social, cognitivo, capacidad funcional y salud percibida en la calidad de vida relacionada con la salud	295
10.13.1.	Muestra general	295
10.13.2.	Según edades	297
10.13.3.	Según género	299

Capítulo 11. Modelo estructural explicativo de la calidad de vida relacionada con la salud

11.1.	Introducción	303
11.2.	Especificación del modelo	303

11.3.	Estimación de parámetros	305
11.3.1.	Variables latentes que funcionan como independientes	306
11.3.2.	Variables latentes que funcionan como dependientes	306
11.3.3.	Efectos de las variables latentes	306
11.4.	Evaluación del ajuste del modelo	308
Capítulo 12.	Discusión y conclusiones	309
12.1.	Descripción del funcionamiento cognitivo, social, afectivo, percepción de salud, ejecución de actividades de vida diaria y calidad de vida relacionada con la salud	311
12.1.1.	Funcionamiento cognitivo	311
12.1.2.	Funcionamiento afectivo	312
12.1.3.	Funcionamiento social	315
12.1.4.	Actividades de la vida diaria	315
12.1.5.	Salud percibida	316
12.1.6.	Calidad de vida relacionada con la salud	318
12.2.	Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud desde una aproximación multidimensional y aplicada	321
12.2.1.	De la estructura de las variables	321
12.2.1.1.	Estado de salud y actividad	322
12.2.1.2.	Funcionamiento cognitivo	323
12.2.2.	Influencia de la calidad de vida relacionada con la salud de las diversas dimensiones de funcionamiento estudiadas	324
12.2.2.1.	Calidad de vida. Dimensión afectiva	324
12.2.2.2.	Calidad de vida. Dimensión salud percibida	325
12.2.2.3.	Calidad de vida. Dimensión social	326
12.2.2.4.	Calidad de vida. Dimensión cognitiva	327
12.2.2.5.	Calidad de vida. Dimensión de funcionamiento físico	327
12.2.2.6.	Calidad de vida relacionada con la salud, género, edad y su influencia en la clínica	328
12.3.	Limitaciones de los resultados de este estudio	331
12.4.	Conclusiones	331
Bibliografía		335

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo 1. Funcionamiento social.

Tabla 1.1. Resumen del Capítulo 1	46
---	----

Capítulo 2. Funcionamiento psicoafectivo.

Tabla 2.1. Resumen del Capítulo 2	67
---	----

Capítulo 3. Funcionamiento físico y salud.

Tabla 3.1. Capacidades básicas e instrumentales de las personas mayores (Encuesta Nacional de Salud, 1995)	73
--	----

Tabla 3.2. Porcentajes de discapacidad en población mayor según edad y sexo	74
---	----

Tabla 3.3. Resumen salud-envejecimiento entre 2000-2010. Elaboración propia	74
---	----

Tabla 3.4. Resumen del Capítulo 3	89
---	----

Capítulo 4. Funcionamiento cognitivo.

Tabla 4.1. Resumen del Capítulo 4	105
---	-----

Capítulo 5. Calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 5.1. Tres constructos de salud (Lawton, 2001)	111
---	-----

Tabla 5.2. Resumen de estudios meta-analíticos comparando bienestar psicológico como variable dependiente y una serie de variables biopsicosociales como independientes .	116
---	-----

Tabla 5.3. Instrumentos de medición de la calidad de vida de mayor interés en Gerontología con expresión de su calidad métrica de adaptación y grado de recomendación en España	122
---	-----

Tabla 5.4. Resumen del Capítulo 5	126
---	-----

Capítulo 6. Método

Tabla 6.1. CGSDEP. Prueba de Kruskal-Wallis	144
---	-----

Tabla 6.2. Análisis univariante de la varianza. Variable independiente: Nivel de instrucción. Variable dependiente: CGSDEP	145
---	-----

Capítulo 7. Estudio de la influencia de diversos factores sociodemográficos en las áreas básicas de evaluación de las personas mayores.

Tabla 7.1 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: Índice de Barthel ..	150
Tabla 7.1 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: Índice de Barthel ..	153
Tabla 7.2. Medidas de tendencia central de las subescalas del CGS	154
Tabla 7.3. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-TOTAL	155
Tabla 7.4 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Angustia/ansiedad	158
Tabla 7.4 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Angustia/ansiedad	159
Tabla 7.5 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Depresión. ...	161
Tabla 7.5 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Depresión ...	162
Tabla 7.6 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Disfunción social	163
Tabla 7.6 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Disfunción social	166
Tabla 7.7. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Síntomas somáticos ..	167
Tabla 7.8 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: GDS	169
Tabla 7.8 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: GDS	170
Tabla 7.9 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: EADG	172
Tabla 7.9 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: EADG	173
Tabla 7.10. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: Lawton	174
Tabla 7.11. Medidas de tendencia central. MEC	176
Tabla 7.12 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC	177
Tabla 7.12 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC	180
Tabla 7.13 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Concentración y cálculo	181
Tabla 7.13 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Concentración y cálculo	183
Tabla 7.14. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Fijación	184
Tabla 7.15 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Lenguaje y construcción	185
Tabla 7.15 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Lenguaje y construcción	186
Tabla 7.16. (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Memoria ..	188

Tabla 7.16. (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Memoria ..	189
Tabla 7.17 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Orientación	191
Tabla 7.17 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Orientación	193
Tabla 7.18 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: SPMSQ	196
Tabla 7.18 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: SPMSQ	197
Tabla 7.19. Conversión 10-decil del OARS	199
Tabla 7.20. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: OARS	200
Tabla 7.21. Medidas de tendencia central COOP-WONCA	203
Tabla 7.22 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	205
Tabla 7.22 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL	206
Tabla 7.23 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Forma física	208
Tabla 7.23 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Forma física	210
Tabla 7.24 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión	211
Tabla 7.24 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión	213
Tabla 7.25 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Dificultad en actividades cotidianas	214
Tabla 7.25 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Dificultad en actividades cotidianas	216
Tabla 7.26. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Actividades sociales limitadas	218
Tabla 7.27. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Cambios en el estado de salud	220
Tabla 7.28. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Estado de salud	221
Tabla 7.29. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Dolor	223
Tabla 7.30 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Apoyo social	224
Tabla 7.30 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Apoyo social	226
Tabla 7.31 (Parte 1). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Calidad de vida	227
Tabla 7.31 (Parte 2). Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/ Calidad de vida	229

Tabla 7.32. Análisis univariante de la varianza. Variables dependientes: GDS, EADG y Lawton ...	230
Tabla 7.33. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS	231
Tabla 7.34. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC	232
Tabla 7.35. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA	234
Tabla 7.36. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: Barthel	235
Tabla 7.37. Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: OARS	237

Capítulo 8. Análisis de interrelaciones entre diferentes áreas de funcionamiento psicológico.

Tabla 8.1. Coeficiente de correlación de Pearson	241
Tabla 8.2. Varianza explicada entre las variables SPMSQ, MEC, COOP-WONCA y CGS	242
Tabla 8.3. Coeficientes de contingencia	243
Tabla 8.4. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables OARS e idioma	244
Tabla 8.5. Coeficientes de contingencia y significación aproximada-1	244
Tabla 8.6. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables OARS y depresión	245
Tabla 8.7. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables depresión y sexo	246
Tabla 8.8. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables OARS y ansiedad	246
Tabla 8.9. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables ansiedad y sexo	246
Tabla 8.10. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables deterioro cognitivo y sexo ..	246
Tabla 8.11. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables deterioro cognitivo y nivel cultural	247
Tabla 8.12. Coeficientes de contingencia y significación aproximada-2	247
Tabla 8.13. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables OARS y con quién pasa el tiempo libre	248
Tabla 8.14. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables OARS y modificación del tiempo libre y satisfacción con el mismo	249
Tabla 8.15. Frecuencias observadas y esperadas de la variable actividades de tiempo libre según provincia	251
Tabla 8.16. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables COOP-WONCA y nivel cultural	252
Tabla 8.17. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables COOP-WONCA y estado civil	253
Tabla 8.18. Frecuencias observadas y esperadas entre las variables COOP-WONCA/ Actividades cotidianas e idioma	254

Capítulo 9. Estructura factorial de la calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 9.1. Análisis de componentes principales. Varianza total explicada	257
Tabla 9.2. Matriz de componentes rotados (>.4, excepto CWCES)	258

Capítulo 10. Estudio de la influencia del funcionamiento afectivo, social, cognitivo, capacidad funcional y salud percibida en la calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 10.1. Análisis de regresión múltiple. Muestra total. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	264
Tabla 10.2. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra total. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	265
Tabla 10.3. Ecuación del análisis de regresión. Muestra total. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	265
Tabla 10.4. Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	266
Tabla 10.5. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	268
Tabla 10.6. Ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	268
Tabla 10.7. Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ 2	269
Tabla 10.8. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ 2 (Sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión)	270
Tabla 10.9. Ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ 2 (Sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión)	270
Tabla 10.10. Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ ACPP (Estado de salud y actividad social) ...	271
Tabla 10.11. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ ACPP (Estado de salud y actividad social) ...	272
Tabla 10.12. Ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ ACPP (Estado de salud y actividad social)	272
Tabla 10.13. Análisis de regresión. Resumen del modelo. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ 1 (Actividad física)	273
Tabla 10.14. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ 1 (Actividad física)	274
Tabla 10.15. Ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ 1 (Actividad física)	274
Tabla 10.16. Análisis de regresión. Resumen del modelo. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ 8 (Apoyo social)	275
Tabla 10.17. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ 8 (Apoyo social)	275

Tabla 10.18. Ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ 8 (Apoyo social)	276
Tabla 10.19. Análisis de regresión múltiple. Muestra de hombres sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	276
Tabla 10.20. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de hombres sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	277
Tabla 10.21. Ecuación del análisis de regresión. Muestra de hombres sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	277
Tabla 10.22. Análisis de regresión múltiple. Muestra de mujeres sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	278
Tabla 10.23. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de mujeres sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	279
Tabla 10.24. Ecuación del análisis de regresión. Muestra de mujeres sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	279
Tabla 10.25. Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 36 y 64 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	280
Tabla 10.26. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 36 y 64 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	280
Tabla 10.27. Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 36 y 64 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	280
Tabla 10.28. Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 65 y 69 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	281
Tabla 10.29. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 65 y 69 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	281
Tabla 10.30. Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 65 y 69 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	281
Tabla 10.31. Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 70 y 74 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	282
Tabla 10.32. Coeficientes de correlación de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 70 y 74 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	282
Tabla 10.33. Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 70 y 74 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	282
Tabla 10.34. Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 75 y 79 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	283

Tabla 10.35. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 75 y 79 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	284
Tabla 10.36. Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 75 y 79 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	284
Tabla 10.37. Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 80 y 84 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	285
Tabla 10.38. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 80 y 84 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	286
Tabla 10.39. Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 80 y 84 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	286
Tabla 10.40. Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 85 y 89 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	287
Tabla 10.41. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 85 y 89 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	287
Tabla 10.42. Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 85 y 89 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	288
Tabla 10.43. Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 90 y 94 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	288
Tabla 10.44. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 90 y 94 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	288
Tabla 10.45. Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 90 y 94 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	289
Tabla 10.46. Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 95 y 99 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	289
Tabla 10.47. Coeficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 95 y 99 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	289
Tabla 10.48. Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 95 y 99 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL	290
Tabla 10.49. Resumen de porcentaje de varianza explicada en los diversos modelos de regresión múltiple	290
Tabla 10.50. Resumen del porcentaje de la varianza explicada en los análisis de regresión múltiple según género.	292

Tabla 10.51. Resumen del porcentaje de varianza explicada en los análisis de regresión múltiple según grupos de edad	293
--	-----

Capítulo 11. Modelo estructural explicativo de la calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 11.1. Clasificación de las variables observadas y latentes en el modelo estructural inicial .	305
Tabla 11.2. Ecuaciones derivadas del modelo estructural	307
Tabla 11.3. Coeficientes de determinación e indicadores de ajuste del modelo estructural	308

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo 1. Funcionamiento social: Apoyo social.

Capítulo 2. Funcionamiento psicoafectivo: depresión, ansiedad y satisfacción vital.

Figura 2.1. Modelo de depresión de Lewinsohn *et al.* (1985) 57

Figura 2.2. Modelo de depresión de Gotlib y Golby (1987) 58

Capítulo 3. Funcionamiento físico y salud.

Figura 3.1. Varianza explicada por factores ambientales y genéticos en la serología de los triglicéridos 71

Figura 3.2. Enfermedades crónicas entre las personas mayores (Encuesta Nacional de Salud, 1995) 72

Figura 3.3. Percepción del Estado de salud en España, 1987-1997. (Las personas mayores en España. Informe 2000. IMSERSO) 76

Figura 3.4. Predictores de fragilidad según el Estudio Longitudinal de Alameda (Strawbridge *et al.*, 1998) (Tomado de Izal y Montorio, 1999) 83

Figura 3.5. Jerarquías contextuales y de procesamiento en autorregulación (Leventhal *et al.*, 2001) 87

Capítulo 4. Funcionamiento cognitivo.

Capítulo 5. Calidad de vida relacionada con la salud.

Figura 5.1. Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida en el trastorno mental 116

Figura 5.2. Modelo para la calidad de vida subjetiva (Cummins, 2000) 117

Capítulo 6. Método.

Figura 6.1. Grupos de edad 135

Figura 6.2. Estado civil 135

Figura 6.3. Motivo de ingreso 136

Figura 6.4. Profesión	137
Figura 6.5. Tiempo de institucionalización	138
Figura 6.6. Frecuencia de actividades de tiempo libre	139
Figura 6.7. Índice de Barthel. Histograma con curva normal	142
Figura 6.8. Cuestionario General de Salud de Goldberg. Histograma con curva normal	143
Figura 6.9. Variable CGSDEP. Histograma con curva normal	144
Capítulo 7. Estudio de la influencia de diversos factores sociodemográficos en las áreas básicas de evaluación de las personas mayores.	
Capítulo 8. Análisis de interrelaciones entre diferentes áreas de funcionamiento psicológico.	
Capítulo 9. Estructura factorial de la calidad de vida relacionada con la salud.	
Capítulo 10. Estudio de la influencia del funcionamiento afectivo, social, cognitivo, capacidad funcional y salud percibida en la calidad de vida relacionada con la salud.	
Figura 10.1. Porcentaje de varianza de la CW explicada en los análisis de regresión múltiple ...	296
Figura 10.2. Porcentaje de varianza explicada según áreas de evaluación de la CW en los análisis de regresión múltiple	297
Figura 10.3. Porcentaje de varianza explicada según áreas de valoración y edades de la CW ...	298
Figura 10.4. Porcentaje de varianza explicada de la CW según género	300
Capítulo 11. Modelo estructural explicativo de la calidad de vida relacionada con la salud.	
Figura 11.1. Modelo estructural inicial	304
Figura 11.2. Parámetros estimados del modelo estructural	305
Figura 11.3. Valores t de Student empleados para analizar la significatividad de los coeficientes de correlación	307

PRESENTACIÓN

La investigación que presentamos supone una continuación de la línea de publicaciones del IMSERSO dedicada a trabajos innovadores en gerontología.

Hasta el momento pocas investigaciones en gerontología han tenido como objetivo el conocer y entender, de mano de los usuarios, cómo lograr la mejora de la calidad de vida de los mismos. La presente investigación realizada por el Dr. Javier Yanguas, *Premio Infanta Cristina 2004 de Investigación*, es una de ellas.

En la misma, el autor aborda tres cuestiones fundamentales: la primera es conocer la opinión de los usuarios respecto a su calidad de vida; la segunda estudiar las variables principales que explican (cuánto y en qué medida) esa calidad de vida y la tercera, analizar las posibles intervenciones a realizar.

Y es que debemos destacar que durante los últimos años está habiendo una evolución conceptual importante hacia la consideración de variables tanto objetivas como subjetivas en la atención e intervención con personas mayores.

Así, hace unos años el concepto de "estado de salud" era la base principal de la atención. Esta noción contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma aunque puedan interactuar con ella. Con este concepto se describe la salud tal y como se ha medido tradicionalmente, de forma objetiva, bien como diagnóstico o como puntuación en una escala.

Desde hace ya más de una década se ha empezado a trabajar con profusión desde un concepto más amplio. Una percepción de la cuestión que incluye el estado de salud, pero además valora otras variables como la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación y el sistema de salud que en síntesis es el concepto de calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, incluye un número diverso de ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivo, otorga un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida considerados más importantes para algunos individuos que para otros.

Pero, tal y como refleja este trabajo, queda pendiente seguir avanzando en esta línea teniendo en cuenta que el concepto clave en los próximos años será el de calidad de vida relacionado con la salud. La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de los anteriores (estado de salud y calidad de vida) y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud.

Considerar al usuario y su opinión. Ahí está una de las claves del futuro desarrollo de la atención sociosanitaria, de la atención a las personas en situación de dependencia y a sus familias. Esta obra es un primer acercamiento, que nos debe servir de instrumento de debate y situar la intervención sociosanitaria hacia una nueva perspectiva donde la consideración del usuario y su opinión sean el centro de la atención e intervención en la gerontología en el futuro.

Igualmente, es importante tener en cuenta que el intenso proceso de envejecimiento de la población española no debe ser considerado sólo como un problema, sino también como una oportunidad social que es necesario aprovechar. El envejecimiento de la población es la expresión de un logro humano: vivir más y vivir mejor. Constituye una de las transformaciones sociales más importantes producidas en nuestra sociedad. Pero es, a la vez, un reto al que es necesario dar respuesta.

Se trata de un reto complejo, pues el incremento del número de personas mayores y, dentro de éstas, el de las personas de edad más avanzada, y las necesidades crecientes de atención derivadas de ese crecimiento, coincide en el tiempo con una crisis de los sistemas de apoyo informal que han venido dando respuesta a esas necesidades, motivada por otras dos grandes transformaciones sociales de este final de siglo: el cambio en el modelo de familia y la creciente incorporación de las mujeres al mundo laboral.

Para afrontar este reto dos estrategias coordinadas son fundamentales:

La primera dirigida al conjunto de la población mayor: trabajar por un envejecimiento activo y saludable. La segunda orientada a la población mayor en situación de dependencia: los servicios y prestaciones de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia cuyo Proyecto de Ley está finalizando su tramitación parlamentaria y estará vigente en el año 2007.

En resumen, las propuestas formuladas en esta investigación son una apuesta por la calidad de vida de las personas mayores y del conjunto de la sociedad española.

Dirección General del IMSERSO

INTRODUCCIÓN

Una de las características que mejor describen a las sociedades occidentales es, sin duda alguna, el envejecimiento de la población. Tanto a nivel científico como técnico e incluso en los medios de comunicación social, el fenómeno del envejecimiento y sus consecuencias impregna nuestra existencia cotidiana.

En nuestro país esto no ha significado ni significa que la sociedad en su conjunto haya reaccionado adecuadamente ante las demandas que el envejecimiento plantea. Es más, se puede afirmar que la respuesta ha sido en general tímida, a menudo exenta de una verdadera planificación y muy alejada todavía de los conocimientos científicos que sobre la vejez existen desde muy diferentes ámbitos y disciplinas. En este sentido, es evidente la falta de desarrollo de un verdadero estado de bienestar en nuestro país y consecuentemente la falta de desarrollo de servicios sanitarios y sociales. También las investigaciones en este campo hasta hace relativamente pocos años han sido muy escasas, con un retraso innegable en la mayoría de las múltiples disciplinas científicas que constituyen y confluyen en la Gerontología.

Se faltaría a la verdad si se dijera que nada se ha hecho, pero no cabe duda de la existencia de retos extremadamente importantes en el hacer gerontológico. Desafíos ineludibles a los que hay que dar una respuesta desde muy diversas áreas, y por supuesto desde las ciencias socio-comportamentales.

El cómo responder al reto del envejecimiento desde la Psicología y cómo la Psicología puede ayudar ante este desafío a otras ciencias y disciplinas son preguntas absolutamente pertinentes en la actualidad. Este trabajo de investigación pretende ser una pequeña aportación a uno de los muchos envites que el fenómeno del envejecimiento propone a nuestra sociedad: quiere profundizar y dar alguna respuesta sobre cómo comprender y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

¿Por qué es posible y pertinente en el momento actual hablar de calidad de vida? Si repasamos brevemente los modelos de intervención desde los que se ha trabajado en Psicogerontología en los últimos quince años, se puede observar que la atención e intervención con personas mayores ha sufrido cambios importantes. Se ha pasado de modelos benéfico-asistenciales (décadas anteriores a los años ochenta) a los modelos paternalistas y hosteleros que imperaban a principios y mediados de los

ochenta, y de estos últimos a modelos que progresivamente asumen que la calidad de vida de la persona mayor y su familia deben constituir el objetivo principal en el que se debe basar toda la atención a la vejez de este nuevo siglo xxi.

La calidad de vida constituye, en el momento actual y futuro, un reto primordial para la gerontología en general y para la Psicogerontología en particular. El hecho de que se esté empezando a investigar e intervenir en cuestiones relativas a la calidad de vida en Gerontología es un paso fundamental. Factores muy diversos, tanto políticos, como económicos, sociales y psicológicos han contribuido a ello. Desde esta última se ha contribuido mediante la identificación de la vejez como una etapa con características singulares dentro del ciclo vital, y dar cuenta de las amplias diferencias intraindividuales e interindividuales entre el colectivo de las personas mayores.

Las imágenes sociales que infantilizaban a las personas mayores van quedando lenta, aunque paulatinamente, atrás, y aún siendo el camino por recorrer todavía largo, especialmente en las situaciones en las que los individuos necesitan ayuda para ajustarse e interaccionar con el medio, se va en una dirección claramente marcada que apunta hacia una revalorización social de la vejez en todos sus aspectos.

¿Por qué adquiere más importancia la calidad de vida en la vejez? Obviamente la calidad de vida es una cuestión importante independientemente de la edad, pero en esta etapa de la vida se producen una serie de circunstancias que la hacen prioritaria y que son, entre otras, el aumento de las situaciones de dependencia, en general, y el incremento de las enfermedades crónicas, en particular. Poco a poco se van dejando de lado los planteamientos en los que las intervenciones en Gerontología se asemejaban a las intervenciones que se realizaban con cualquier otro grupo etario, en el que el paradigma de pensamiento que subyacía a cualquier intervención era siempre la plena curación. No es que ésta sea un mal objetivo a conseguir, sino que el entendimiento de que "lo crónico" necesita un tipo de intervención propia e independiente de "lo agudo" ha servido de manera importante para considerar la calidad de vida de las personas mayores como un objetivo fundamental. Así pues, lo importante no es sólo curar, sino también cuidar. Se asumen los límites que la existencia humana marca y no se pretende hacer de la vejez una segunda juventud. Tan importante es que una persona de ochenta y cinco años esté objetivamente bien de salud (en cuanto a que no tenga unas cifras elevadas de colesterol, o de triglicéridos, o de glucosa en sangre), como que se "sienta" bien. En esta forma son seguramente tan importantes en la atención e intervención con personas mayores las variables subjetivas como las objetivas. Quizá sea más importante a una determinada edad la percepción del estado de salud, que las medidas objetivas sobre éste.

Este trabajo trata de analizar algunas de las variables que en individuos mayores determinan la calidad de vida, así como sugerir algunas implicaciones prácticas sobre cómo aumentar esta última. Así pues, se trata de una investigación que surge de la necesidad percibida y experimentada desde la práctica de dar respuesta a la cuestión de qué variables determinan que un individuo de edad avanzada se sienta con más calidad de vida que otro.

Habitualmente el término calidad de vida aparece mencionado en múltiples libros, artículos, proyectos, hojas de registro o programas de intervención con personas mayores. Sin embargo la realidad es

que se sabe bastante poco de ella. La confusión terminológica existente, la multidimensionalidad y complejidad del concepto, los componentes objetivos y subjetivos, los numerosos ámbitos de la vida cotidiana que se introducen, el reflejo de normas culturales, el hecho de que pueda ser un concepto idiográfico o nomotético, etc., conjuntamente con la necesidad práctica personal de mejorar la calidad de vida de las personas mayores con las que los profesionales que nos dedicamos a este ámbito nos enfrentamos, no hacen sino aumentar el interés por investigar sobre este escurridizo concepto, tan difícil de medir y acotar.

El presente trabajo consta de dos partes: en primer lugar se realizará una revisión teórica de las variables que mayor influencia tienen en la vida diaria de las personas mayores, así como del concepto general de calidad de vida y de la calidad de vida relacionada con la salud. Así se analizará, siguiendo autores significativos en Psicogerontología (Birren y Schaie, 1996 y 2001; Belsky, 1996; Izal y Montorio, 1999), el funcionamiento físico, social, cognitivo y afectivo de las personas mayores que son variables clave a la hora de entender la edad avanzada, y se profundizará en la calidad de vida como concepto clave y fundamental. En la segunda parte del trabajo, se describirá el estudio empírico realizado para la presente investigación con personas que viven en centros gerontológicos, con el objetivo de poder explicar la variación de la calidad de vida de los sujetos de la muestra en función de diversas variables, usando tanto herramientas estadísticas uni como multivariantes, además de modelos estructurales. Los modelos estructurales permiten tanto considerar la verdadera complejidad del fenómeno de la calidad de vida en personas mayores, como evaluar efectos de variables latentes entre sí, sin contaminación debida al error de medida, como introducir una perspectiva confirmatoria. Finalmente, a partir de los resultados de este trabajo, se sugieren algunas recomendaciones para la práctica profesional.

Antes de concluir la presente introducción, se quiere comentar al lector que existe una pequeña diferencia entre el texto que tiene usted en su mano y el que puede encontrar en la página web del IMSERSO (www.seg-social.es/imserso). En esta última y para mayor detalle, podrá encontrar todo el presente texto y además los anexos que no aparecen en la publicación escrita y que describen de manera más exhaustiva y rigurosa, los análisis efectuados.

Por último agradecer al IMSERSO tanto que haya otorgado a este trabajo el Premio Infanta Cristina 2004 de Investigación, como la publicación del mismo, así como su decidido impulso por la I+D.

PARTE TEÓRICA

FUNCIONAMIENTO SOCIAL: APOYO SOCIAL

Capítulo 1

1.1. INTRODUCCIÓN

Diversos autores (Davies, 1996; Díaz-Veiga, 1987) han recalcado la importancia del apoyo social a la hora de describir el funcionamiento social en la vejez. La cantidad y calidad de las relaciones que tiene un individuo y que le proveen de ayuda, afecto y autoafirmación personal tienen no sólo influencia en el funcionamiento social del individuo, sino que median en el mantenimiento de la autoestima durante la vejez y tienen una posible función “amortiguadora” en relación con las pérdidas (Díaz-Veiga, 1987).

1.2. APOYO SOCIAL: CONCEPTO

El apoyo social es un concepto “paraguas” (Davies, 1996) que ha sido postulado para ser una variable clave en la investigación sobre el impacto de los eventos vitales estresantes.

A partir de la década de los setenta proliferan las definiciones de apoyo social. En general, cada autor trabaja con una definición y un instrumento distinto para evaluarlo, lo que dificulta enormemente la labor de síntesis de los diferentes estudios (Gracia, Herrero y Musitu, 1995).

Wood (1984) considera que existen tantas definiciones de apoyo social que cubren un rango demasiado amplio de situaciones como para ser útil desde el punto de vista de la investigación.

Lin (Lin y Ensel, 1989), en uno de los intentos más rigurosos por proponer una definición que integre en lo posible los elementos comunes de otras definiciones, propone acotar conceptualmente el apoyo social como “el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis”.

Esta definición se articula en torno a cuatro ejes (Gracia *et al.*, 1995):

1. Importancia tanto de la ayuda recibida como de la percibida. Ambos procesos influyen en el bienestar de las personas. Se presta atención tanto al componente social (la interacción que supone ayuda) como al psicológico (la vivencia de esa interacción). Si se analizan las relaciones sociales únicamente en función de la percepción que de ellas se tiene, se puede llegar a conclusiones basadas exclusivamente en las opiniones de los sujetos y no sobre el tipo de contexto social en el que se enmarcan (Gottlieb, 1985), mientras que, por el contrario, si el análisis de la conducta de ayuda olvida cómo el sujeto receptor la percibe, puede caer en el sesgo de entender por apoyo social aquello que no se percibe como tal (Brownell y Shumaker, 1984).
2. Ámbito en el que se produce o puede producirse el apoyo. Las fuentes de apoyo social que habitualmente se consideran son la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas. Esta división había ya sido sugerida por diferentes autores, tales como Cassel (1974), que describe los grupos primarios más importantes para el individuo, o Kaplan y otros (1977) y Gottlieb (1981), que diferencian entre los niveles macro, meso y micro del entorno social. Según Lin (1989), cada ámbito

proporciona un tipo de ayuda o sentimiento de ayuda: el marco de la comunidad proporciona sentimiento de pertenencia, las redes sociales pueden producir sentimientos de vinculación y las relaciones íntimas o de confianza derivan en un sentimiento de compromiso. En cada contexto se asumen una serie de normas de reciprocidad y una mayor o menor responsabilidad por el bienestar de los demás.

3. Tipo de ayuda: instrumental y expresiva, según sea ésta un medio con el que conseguir otros objetivos o un fin en sí misma, respectivamente. Otros autores han distinguido diferentes funciones en el apoyo social. Caplan (1974) considera que éstas son promover el dominio emocional, ofrecer consejo, y proporcionar *feedback* sobre la propia identidad y el desempeño. Cassel (1976) señala que las funciones del apoyo social son favorecer en el individuo sentimientos de que es amado, cuidado y que se preocupan por él, de que es estimado y valorado, y de que es miembro de una red de obligaciones mutuas.
4. Distinción entre el apoyo cotidiano y el que se recibe en situaciones de crisis, matiz que resulta especialmente importante para explicar los efectos del apoyo social: hasta qué punto las relaciones sociales son capaces de fomentar el bienestar y proteger contra la enfermedad.

Esta definición de Lin y Ensel antes mencionada, aunque no cierra el debate sobre la heterogeneidad del concepto de apoyo social, ha resultado útil como lo demuestran las buenas cualidades psicométricas de los instrumentos confeccionados a partir de ella, así como por su capacidad para generar modelos operativos con una sólida base teórica (Lin, 1986).

Dentro del concepto de apoyo social existen referencias a otros conceptos que comparten elementos comunes y conforman el amplio rango de los procesos denominados como apoyo social. Se hace necesaria entonces una taxonomía multidimensional que resuelva los problemas conceptuales que el apoyo social plantea, que, según Lareiter y Baumann (1992), debería incluir estos cinco componentes:

1. *Integración social*. Participación e implicación de una persona en su vida social en la comunidad y sociedad en general.
2. *Red de apoyo*. Parte de la red social a la que una persona acude o acudiría rutinariamente en busca de apoyo.
3. *Clima de apoyo*. Calidad de las relaciones y de los sistemas sociales.
4. *Apoyo proporcionado y recibido*. Existencia de transacciones que suponen ayuda tanto desde la perspectiva del que la proporciona como del que la recibe.
5. *Apoyo percibido*. Percepción que el sujeto experimenta sobre la disponibilidad de la ayuda en caso de necesidad.

1.3. MODELOS TEÓRICOS DE APOYO SOCIAL

En este apartado se van a presentar tres de los más importantes modelos teóricos existentes sobre el apoyo social, como son: la teoría del estrés, la teoría de la necesidad y la teoría del efecto funcional.

1.3.1. Teoría del estrés

Formula la relación entre apoyo social y bienestar mediante dos hipótesis:

1. *Hipótesis del efecto directo.* Existe un efecto directo del apoyo social sobre el bienestar ya que el aislamiento o la pérdida de un ser querido son estímulos estresores *per se* (Moos, 1973), y que el apoyo social provee experiencias positivas y roles comunitarios reforzantes que benefician a otras personas (Cohen y Wills, 1986). Esta hipótesis encuentra apoyo en algunos estudios en los que las medidas de apoyo social se asocian a indicadores de salud, mientras que otros han sugerido que en lugar de existir un efecto principal, sería la interacción entre altos niveles de estrés y bajos niveles de apoyo social la que genera resultados negativos sobre la salud y el bienestar de las personas.
2. *Hipótesis de la amortiguación o interacción.* Se entiende el apoyo social como un elemento que protege a la persona de las consecuencias negativas de la presencia de estresores, amortiguando sus efectos. En este sentido se contemplaría el aislamiento (es decir, lo contrario de una buena red de apoyo) como la carencia de personas capaces de contribuir al afrontamiento del estrés (Lazarus y De Longis, 1983). Y además, según Sarason *et al.* (1983) y reforzando esta hipótesis que es muy trabajada en la práctica gerontológica, la existencia o disponibilidad de gente en quien confiar, que nos haga saber que nos cuidan, nos valoran y nos aman, contribuye a la creación de capacidades para tolerar frustraciones, resolver problemas, y en definitiva soportar estados activadores de estrés.

1.3.2. Teoría de la necesidad

Esta teoría sostiene que la salud de un sujeto depende de la relación entre las necesidades existentes y el apoyo social que las satisfaga o facilite su satisfacción, por lo que supone una correspondencia entre la disponibilidad de recursos sociales y necesidades. Necesidad es cualquier estado motivacional que se dirige a una condición, objeto o situación definible (Murray, 1962; Veiel, 1985) y según su objeto, las necesidades humanas pueden ser materiales y psicosociales (Galtung, 1980; Veiel, 1985). Según su duración, las necesidades pueden ser diarias o de crisis (Veiel, 1985, Veiel *et al.*, 1988). Además, el objeto de la necesidad define las siguientes categorías de apoyo social:

- Apoyo psicológico diario (necesidades psicosociales diarias).
- Apoyo psicológico de crisis (necesidades psicosociales de crisis).
- Apoyo material o instrumental diario (necesidades materiales diarias).
- Apoyo material o instrumental de crisis (necesidades materiales de crisis).

1.3.3. Teoría del efecto funcional

Propone que el efecto principal del apoyo social se debe a que las relaciones sociales refuerzan u obstaculizan conductas o intenciones positivas para la salud (Kaplan y Toshima, 1990). El efecto funcional es positivo cuando las relaciones sociales refuerzan una conducta saludable dada y negativo cuando la obstaculizan.

El tipo de apoyo social que se ha encontrado como protector ha variado a través de los distintos estudios. Murphy (1982) encontró que las personas mayores que tenían un confidente (con el que podrían expresar sus sentimientos francamente sin tener que valorar previamente lo que están diciendo) tenían menor probabilidad de estar deprimidos después de un evento amenazante o en presencia de una dificultad severa. Éste es un ejemplo del efecto amortiguador del estrés, aunque no está claro cómo se produce el efecto protector de la persona de confianza, y si hay otras formas de apoyo social que lo pudieran sustituir (Davis, 1996). En los primeros estudios sobre relaciones de confianza se analizaba la función clave de la intimidad, pero no se determinó si era el efecto catártico de ser capaz de mostrar emociones lo que era beneficioso, o de manera más simple, si se producía un aumento de la autoestima al saber que alguien te apoya, a lo que añade la obtención de recursos personales en caso de necesidad. La existencia de lazos sociales positivos se ha encontrado como efecto protector contra el malestar psicológico en un gran número de estudios (Krause y Jay, 1991; Hays, Kasl y Jacobs, 1994).

1.4. APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ

Las formulaciones psicológicas del apoyo social durante la edad avanzada se han centrado en la década de los noventa en la relación existente entre el apoyo emocional e instrumental con la conducta social y la cognición (Sarason, Sarason y Pierce, 1994). Especial importancia ha suscitado el sentimiento de intimidad, ya que mediante el aumento de la autoestima, puede inducir creencias de que uno está controlando la situación tras un evento (Murrell, Meeks y Walker, 1991).

Por otra parte los estudios sociológicos se han concentrado en el análisis de las redes sociales y cómo la persona mayor se engrana dentro de agrupamientos sociales a un nivel familiar o comunitario.

Aunque las conceptualizaciones del apoyo de la red social y de las relaciones sociales se superpongan, tienen diferencias claras (Davies, 1996). Una persona puede ser miembro de muchos grupos sociales pero no tener sentimiento de pertenencia. Trabajos recientes con adultos sugieren que el apoyo social que una persona recibe está fuertemente relacionado con sus habilidades sociales y su autoestima (Sarason *et al.*, 1994).

Diversos trabajos (Carstensen, 1990) ponen de relieve que durante la vejez se produce un notable descenso de la actividad social. Sin embargo, una menor tasa de contactos sociales no debe identificarse con la inexistencia de redes sociales proveedoras de apoyo (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992). No existe todavía suficiente evidencia empírica que explique adecuadamente las relaciones entre las características estructurales de las redes sociales (tamaño, grado de cohesión, etc.) y las funcionales (provisión de apoyo), y como sugieren Dimond y otros (1987), todavía se necesita esclarecer en qué medida aspectos estructurales de la red social (por ej., el tamaño) determinan la percepción de afinidad, confianza y/o ayuda mutua.

Aunque la vejez está por lo general asociada a una menor actividad social, así como a un aumento de los sucesos vitales asociados a pérdidas relevantes, diversos estudios realizados en entornos culturales diferentes muestran que se mantienen la existencia de redes sociales proveedoras de apoyo en las personas mayores (Fleishman y Shmueli, 1984, entre otros).

Varios autores (Antonucci y Jackson, 1990) se han interesado por el análisis diferencial del apoyo proporcionado por familiares y amigos. Estos autores mantienen que la ayuda prestada por la familia es importante durante los periodos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades crónicas, pero que el apoyo prestado por amigos sirve para reforzar relaciones sociales mutuamente provechosas y contribuye, además, a favorecer la interacción social del individuo anciano que conserva su autonomía personal. Díaz-Veiga (1987) indica que para las personas mayores los dos focos más importantes de recursos sociales son la familia y los amigos. Sin embargo, no está tan claro si las características y funciones de las redes sociales de las personas mayores son diferentes de las de otros grupos de edad.

Teniendo en cuenta los diferentes trabajos, se podría resaltar la relevancia que dan las personas mayores a sus relaciones familiares como fuente de ayuda para su funcionamiento diario, la valía de los amigos como recurso social para mantener la integración social y la no existencia de datos concluyentes que confirmen la hipótesis de que las redes sociales de las personas mayores tienen características diferenciales respecto a las de otros grupos de edad, aunque quizá en lugar de centrarse en el estudio de las diferencias de las redes entre los grupos de edad, las investigaciones deberían tomar una perspectiva longitudinal para ver los cambios que se producen en la red de apoyo y los factores que influyen en estos cambios (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992).

Ha existido un gran interés en conocer si el apoyo de la familia y los amigos pudiese ser intercambiable. Connidis y McMullin (1994) señalan que las relaciones de confidente y de compañía son totalmente diferentes y que necesitan ser completadas con relaciones "especialistas". Quizá sorprendentemente las parejas tienden a completar un rol de compañía más que uno de confidente en este estudio. Por otra parte, los hijos fueron más confidentes que compañía. Felton y Berry (1992) encontraron que, aunque familiares y no familiares podrían ser intercambiables para algunas funciones sociales, los no familiares eran más efectivos en la aseguración del sentimiento de valía (dignidad). Esto podría ser atribuido al aumento de autoestima debido a saber que has sido elegido por los amigos.

Krause, Liang y Keith (1990) mostraron que si bien el apoyo social que ejercen los amigos tiene un efecto directo sobre el bienestar, el apoyo de la familia implica efectos indirectos. La evidencia a este respecto es contradictoria. Dean, Kolody y Wood (1990) encontraron que la interacción con la pareja o los amigos ejercía un efecto positivo sobre los síntomas depresivos en personas mayores, pero que en el caso de la interacción con los hijos, el efecto sobre la disminución de los síntomas depresivos era menor. No se han encontrado efectos en la relación con otros familiares (Connidis y McMullin, 1994).

Cada vez más estudios están centrando su atención en la diversidad de las necesidades sociales de las personas mayores y comprobando analíticamente los modelos. Gupta y Korte (1994), por ejemplo, contrastaron el modelo de confidente frente al modelo de bienestar de Weiss (1973), y encontraron evidencia a favor del segundo. Este último sostiene que se necesitan múltiples relaciones y que el bienestar puede sufrir si las relaciones se reducen en el dominio funcional. Por tanto, una persona mayor con un confidente, pero que pierde un grupo de compañeros, puede experimentar aislamiento emocional. Gupta y Korte (1994) prestaron atención a la común concepción de las personas mayores como seres con un círculo social disminuido en el que el número y tipo de contactos sociales se reduce según aumenta la edad. Las figuras clave en el círculo social restante pueden entonces tener que adoptar los

roles que antes estaban repartidos entre los otros componentes de la red social. Matt y Dean (1993) encontraron que la pérdida de apoyo de los amigos era particularmente estresante para los hombres mayores y no así para las mujeres.

1.5. EFECTOS DEL APOYO SOCIAL SOBRE LA SALUD, EL BIENESTAR Y LA ADAPTACIÓN EN LA VEJEZ

El desarrollo como área de investigación del apoyo social ha estado vinculado desde sus comienzos al estudio de sus efectos beneficiosos en la salud y el bienestar (Gracia *et al.*, 1995). Desde principios de los años setenta, autores como Caplan (1974) afirman que los sistemas de apoyo social suministran a las personas las provisiones psicosociales necesarias para mantener su salud psicológica y emocional.

Muchos estudios han intentado demostrar la relación entre el apoyo social y el bienestar físico y psicológico, aunque los diferentes investigadores no se han mostrado de acuerdo a la hora de establecer la forma en que se produce ese efecto positivo (Broadhead, Kaplan, James, Wagner y Schoenbach, 1983; Cohen y Wills, 1986; Schwarzer y Leppin, 1989; Henderson, 1992).

1.5.1. Principales hipótesis que han intentado explicar la forma en que el apoyo social se relaciona con la salud física y mental

El modelo del efecto directo o hipótesis de efectos principales del apoyo postula que el apoyo social ejerce un efecto principal beneficioso en la salud y en el bienestar independientemente de que ocurra o no un evento que provoque estrés. Es probable que el efecto sea realizado a través de variables intermedias (autoestima o control percibido). Se podría esperar entonces que los efectos directos del apoyo social sean significativos en un estudio comunitario donde la prevalencia de eventos estresantes sea baja.

El modelo de amortiguación plantea que el apoyo opera primariamente en la presencia de un evento amenazante para que disminuya su impacto (Murphy, 1982) y protege a las personas de las influencias potencialmente negativas (patogénicas) de los sucesos estresantes. El apoyo social, según esta hipótesis, podría no influir necesariamente en el bienestar en ausencia de un evento. Se podría esperar que los efectos amortiguadores fueran más claros en muestras clínicas donde la prevalencia de eventos estresantes sea alta. Muchos autores han tratado de comprobar lo que han llamado el modelo interactivo de los efectos amortiguadores (Cohen, 1992), que considera el apoyo social como una variable mediadora bajo la cual el estrés ejerce un impacto sustancialmente menor. Inversamente, en ausencia de apoyo social el estrés tendría un efecto perjudicial o incrementaría la probabilidad de aparición de problemas. Según esta formulación, el apoyo social tendría efectos beneficiosos únicamente durante situaciones estresantes, siendo poco significativo su impacto en la salud o el bienestar en ausencia de estrés.

Durante mucho tiempo estos dos modelos (efectos principales y efecto amortiguador) han sido rivales, siendo el modelo de la amortiguación el dominante. Recientemente (Gracia *et al.*, 1995) se han propuesto modelos alternativos y paradigmas integradores que superan esa distinción.

Así, los defensores del modelo de efectos amortiguadores (Cobb, 1976; Caplan, 1974; Cassel, 1976) consideran que el apoyo social facilita los procesos de afrontamiento y de adaptación al cambio, y que los efectos principales no son esperables. El hecho de que se puedan encontrar algunos efectos se debe, según estos autores, a que la vida está llena de cambios y crisis, actuando el apoyo social como moderador de los efectos negativos de estos cambios importantes e inesperados, siendo los efectos directos, por tanto, en realidad, efectos amortiguadores.

Una posición alternativa defiende la existencia de argumentos teóricos suficientes para explicar la relación directa del apoyo social con el bienestar, independientemente de la presencia o no de sucesos vitales. Thoits (1982), basándose en teorías clásicas de la sociología, resume esos argumentos:

1. De acuerdo con el interaccionismo simbólico (Cooley, 1902; Mead, 1934), las autoevaluaciones y la identidad social se originan en la interacción social. Puesto que el apoyo social ayuda a fomentar y mantener la autoestima y la identidad social, puede esperarse que tenga un efecto directo o principal en el estado psicológico.
2. De acuerdo con la teoría de la anomia de Durkheim (1951), la integración social permite mantener el bienestar psicológico. El apoyo social, como un aspecto de la integración social, debería, por tanto, ejercer un efecto principal o directo sobre el estado psicológico.

Inicialmente, los estudios mostraban resultados consistentes con una, otra o incluso ambas hipótesis, creando un gran número de estudios con evidencia empírica contradictoria (Gracia *et al.*, 1995). Además, algunas deficiencias conceptuales y metodológicas de estos primeros estudios obligaban a una interpretación cautelosa de sus resultados.

Teóricamente, ambos, efectos principales y efectos amortiguadores del apoyo social, pueden ser identificados si el diseño del estudio tiene el poder estadístico suficiente (Davies, 1996).

Cohen y Wills (1986) realizan una revisión exhaustiva de los estudios que proporcionan evidencia empírica de los efectos amortiguadores o de los efectos principales, siendo muy rigurosos en los criterios de selección y análisis de los estudios. Intentan determinar si la asociación entre el apoyo social y el bienestar es atribuible a un efecto beneficioso global del apoyo social (modelo de efectos principales o directos) o a un proceso por el que ellas protegen a las personas de los efectos potencialmente negativos de los estresores (modelo amortiguador).

- Evidencia disponible sobre el modelo amortiguador: al revisar la evidencia consistente con este modelo, los autores encuentran que se puede observar la presencia de ciertas condiciones: el instrumento utilizado para medir el apoyo social usa medidas funcionales de éste (disponibilidad percibida de funciones del apoyo), las funciones de apoyo evaluadas deben ser funciones que mejoren las habilidades de afrontamiento más generales (funciones informacionales y de estima del apoyo social). Además, Cohen y Wills (1986) proponen la "hipótesis de la especificidad", que postula que las funciones amortiguadoras del apoyo social tienen lugar únicamente cuando hay congruencia entre las exigencias de adaptación de los sucesos estresantes y las funciones de apoyo disponible. Esta hipótesis, sin embargo, cuenta con escasa evidencia empírica (Barrera, 1988; Jackson, 1992; Cohen, 1992). Sobre cómo la percepción del apoyo puede proteger de los efectos negativos de los

estresores, proponen que el apoyo social puede reducir el estrés al alterar la valoración del estresor, al cambiar los patrones de afrontamiento o al afectar a las autopercepciones (autoestima, autoeficacia...).

Cohen (1988) ha formulado diversos submodelos que describen distintos mecanismos por los que la percepción del apoyo puede ejercer efectos protectores (Gracia *et al.*, 1995):

- *Modelos basados en la información.* El conocimiento o la creencia de que otros proporcionarán la información adecuada en caso de necesidad, puede tener como resultado la valoración benigna de un suceso potencialmente estresante. La reducción de la valoración del estrés presumiblemente reducirá su efecto negativo, conductas de salud negativas y la reactividad fisiológica concomitante.
- *Modelos basados en la identidad y autoestima.* Suponen pequeñas variaciones de los anteriores y sugieren que la disponibilidad de otros para ofrecer ayuda y/o la mejora de los recursos de afrontamiento como resultado de la ayuda recibida, incrementan los sentimientos de autoestima y control personal. Estos sentimientos pueden influir en la salud al incrementar la motivación para adoptar conductas saludables, o al suprimir respuestas neuroendocrinas y mejorar las funciones del sistema inmunitario.
- *Modelos basados en la influencia social.* Los controles sociales y las presiones de los iguales pueden influir en las formas normativas que las personas adoptan para afrontar los estresores. En la medida en que las personas esperan la presión de los otros para actuar de una forma particular en respuesta al estrés, la mera percepción de la disponibilidad del apoyo puede influir en el proceso estrés-enfermedad de la misma forma que si el apoyo social estuviera, de hecho, recibándose.
- *Modelos basados en los recursos.* La ayuda, el apoyo económico o instrumental que una red social presta o la percepción que la persona tiene de la disponibilidad de esa ayuda pueden reducir la probabilidad con que un suceso vital potencialmente estresante sea valorado como amenazante o dañino, reduciendo así los posibles efectos negativos (cognitivos o conductuales) de esa valoración.
- *Evidencia disponible sobre el modelo de efectos principales.* La principal conclusión de Cohen y Wills es que los estudios que encuentran resultados consistentes con este modelo utilizan medidas estructurales del apoyo social. La integración social sería beneficiosa para el bienestar facilitando el desarrollo de sentimientos de predictibilidad y estabilidad, manteniendo estados afectivos positivos y apoyando el estatus de la persona mediante el reconocimiento social de su valía.

Cohen (1988) también ha propuesto una serie de submodelos que especifican mecanismos por los que la integración social puede influir en el bienestar:

- *Modelos basados en la información.* El disponer de un amplio rango de vínculos sociales proporciona, presumiblemente, múltiples fuentes de información, lo que a su vez incrementa la probabilidad de tener acceso a una fuente de información apropiada.
- *Modelos basados en la identidad y autoestima.* Si el apoyo social incrementa los sentimientos de autoestima, identidad y control del propio entorno (sentimientos asociados con la salud y el bienestar), la integración en una red social favorecerá, probablemente, el desarrollo de sentimientos

positivos, de sentimientos de predictibilidad y estabilidad y el reconocimiento de la propia valía al demostrar la capacidad personal de cumplir con la expectativa del rol.

- *Modelos basados en la influencia social.* En la medida en que las presiones sociales promuevan conductas saludables (ejercicio, dieta...) o por el contrario promuevan conductas con efectos negativos en la salud (consumo de alcohol...) la integración social tendrá como resultado una buena salud o una salud y bienestar más pobres, respectivamente.
- *Modelos basados en los recursos.* Una red social puede prevenir la enfermedad al proporcionar ayuda y otros recursos tangibles, y/o proporcionar atenciones y cuidados no profesionales en procesos de enfermedad.

Cohen y Wills (1986) concluyeron que existe evidencia suficiente consistente con los dos modelos, por lo que no existe necesidad de preguntarse cuál es el correcto. Cada modelo se correspondería con conceptualizaciones diferentes que representan procesos distintos por los que el apoyo social puede influir en el bienestar.

1.5.2. Otros modelos que vinculan el apoyo social con el bienestar

Diversos autores (Barrera, 1986, 1988; Wheaton, 1983, 1985; Lin, 1986; Lin, Simeone, Ensel, Walter y Kuo, 1979; Lin, Woefel y Light, 1985) al estudiar el análisis de Cohen y Wills, concluyen que las inconsistencias entre datos pueden estar indicando que hay un espacio abierto a otros modelos que expliquen las relaciones entre estrés, apoyo y bienestar que no se ajustan a los modelos de efectos principales o amortiguadores. Además, consideran la interpretación clásica del modelo de efectos amortiguadores como demasiado restrictiva.

- *Modelo de Wheaton (1985):* Propone una diferenciación entre modelos que representan efectos amortiguadores y modelos en los que las variables no desempeñan funciones amortiguadoras. Respecto a los primeros, asume que el apoyo social puede moderar los efectos del estrés (efecto amortiguador interactivo) o suprimir los efectos de éste (efecto amortiguador aditivo). En el segundo caso, el apoyo social actúa como una variable interviniente supresora que se moviliza cuando se incrementa el estrés, reduciendo su impacto.

Este autor propone además tres modelos que no representan efectos amortiguadores:

- a) Los sucesos vitales estresantes reducen el apoyo social, que actúa como una variable mediadora, ya que aunque el estrés se relaciona directamente con el malestar, una parte del efecto pasa a través del apoyo social (la reducción del apoyo social estaría vinculada al desarrollo de malestar).
- b) El apoyo social antecede causalmente a la ocurrencia de los sucesos estresantes y actúa reduciendo la exposición al estrés (aunque el apoyo social previene la ocurrencia de los estresores, no reduce el impacto del estrés una vez ha ocurrido).
- c) Tanto el apoyo social como el estrés ejercen un efecto directo, aunque de signo opuesto, sobre el bienestar, si bien son variables completamente independientes entre sí (este modelo se corresponde con el de efectos principales).

- *Modelo de Barrera (1986, 1988)*. Coincide básicamente con los modelos de Wheaton, aunque con diferentes denominaciones. Respecto a los modelos que representan funciones amortiguadoras, Barrera los llama *movilización efectiva del apoyo*. Los tres modelos de Wheaton que no implican efectos amortiguadores Barrera los llama, respectivamente:
 - Deterioro del apoyo social.
 - Prevención del estrés.
 - Efectos directos o aditivos
- *Modelos de Lin (1986)*. Basándose en diferentes secuencias causales de los sucesos vitales y el apoyo social, propone tres clases de modelos:
 - a) Modelos que asumen que el apoyo social precede a la ocurrencia de sucesos vitales significativos. En esta categoría se enmarcan cuatro modelos:
 - De efecto condicional: la ausencia de apoyo social junto con la ocurrencia subsecuente de estresores incrementará la probabilidad de que aparezca depresión. La falta de apoyo social es por tanto la condición por la que los sucesos vitales afectan a la persona.
 - De efecto supresor: el apoyo social reduce la probabilidad de la ocurrencia tanto de los sucesos vitales como de la depresión.
 - De vulnerabilidad: el apoyo social proporciona un contexto vulnerable a la ocurrencia de estresores.
 - De efecto independiente: el apoyo social no afecta la probabilidad de ocurrencia de los sucesos vitales, y tanto el apoyo social como los sucesos vitales estresantes afectan a la depresión en direcciones opuestas.
 - b) Modelos que asumen que el apoyo social y los sucesos vitales ocurren simultáneamente:
 - De efecto interactivo: entre apoyo social y estrés.
 - De efecto mediador: el apoyo social y los sucesos vitales están negativamente correlacionados, afectando cada uno de ellos a la depresión con signos opuestos.
 - De efecto neutralizador: apoyo social y estrés están correlacionados positivamente, afectando también a la depresión en direcciones opuestas.
 - Ausencia de correlación entre apoyo social y estrés, afectando ambos a la depresión en direcciones opuestas.
 - c) Modelos que asumen que el apoyo social tiene un efecto posterior a la ocurrencia de los sucesos vitales:
 - De efecto interactivo: se corresponde con la formulación clásica del efecto amortiguador, donde la presencia de estresores junto con la ausencia posterior de apoyo social incrementaría la depresión.
 - De efecto mediador: los sucesos vitales reducen el apoyo social y ambos afectan a la depresión en direcciones opuestas.
 - De efecto neutralizador: el apoyo social neutraliza el impacto de los sucesos vitales.
 - De efecto independiente: los sucesos vitales no se relacionan con el apoyo social posterior, aunque ambos afectan a la depresión en direcciones opuestas.

Lin denomina a los tres últimos modelos de cada clase "modelos aditivos", en los que cada variable independiente realiza una contribución significativa en la explicación de la variable dependiente. Al primer modelo de cada clase lo llama "modelos interactivos", donde dos o más variables independientes crean conjuntamente las condiciones que contribuyen a la explicación de la variable dependiente.

En todos estos modelos, sin embargo, no se explica el rol que juegan los factores físicos y psicológicos en la relación estrés-bienestar. No incluyen conceptos tan importantes como autoestima, competencia personal o *locus* de control, que sin duda actúan como recursos implicados en el proceso de amortiguación del impacto de los estresores.

- *Modelo de Lin y Ensel (1989)*. Han desarrollado un nuevo paradigma que enfatiza el rol del estrés psicológico como variable independiente potencial que afecta directamente a la salud. Este modelo sugiere que el estrés es un proceso complejo que puede ser descrito en términos de tres entornos o contextos (social, psicológico y fisiológico), y dos tipos de fuerzas en cada uno de ellos (estrés y recursos). Los tres entornos y sus respectivos factores se consideran como factores exógenos con efectos de uno y otro signo sobre el bienestar, que puede especificarse como efecto directo, efecto mediador o efecto interactivo. Lin y Ensel (1989) han contrastado empíricamente este modelo en los ámbitos de la salud física y mental.
- *Modelos de afrontamiento del estrés versus modelos de inhibición del distrés (Ensel y Lin, 1991)*. Los autores distinguen dos conceptualizaciones diferentes del rol que las variables psicosociales desempeñan en la relación estrés-bienestar:
 1. Teorías del afrontamiento: los recursos psicosociales son factores que pueden intervenir en las relaciones entre estresores y bienestar de diferente forma: eliminando o modificando condiciones que conducen a problemas, alterando el significado de los estímulos externos de forma que se modifique su naturaleza estresante o manejando los niveles de las respuestas emocionales.
 2. Teorías de la inhibición del distrés: capacidad de los recursos psicosociales para, independientemente de las condiciones externas estresantes, reducir la probabilidad de aparición de estresores externos o su valoración como estresantes.

A partir de estas dos teorías, Ensel y Lin proponen dos clases de modelos que especifican los mecanismos de afrontamiento y de inhibición de las relaciones estrés-distrés:

1. Modelos de inhibición del distrés: los recursos ejercen un efecto directo sobre el distrés, que tiene lugar además de la posible presencia o ausencia de relaciones causales entre estresores y recursos. Los denominan modelo independiente, modelo supresor del estrés y modelo condicional.
2. Modelos de afrontamiento del estrés: cómo los recursos actúan como mecanismos de afrontamiento ante estresores externos, que desencadenen la respuesta de los recursos. Estos modelos son: modelo del deterioro, modelo neutralizador y modelo de amortiguación.

Dentro de cada persona mayor las funciones del apoyo social y de la red social covarían, por lo que se necesitan estudios analíticos para clarificar la naturaleza de las relaciones causales. Recientemente los trabajos han comenzado a desagregar el concepto del apoyo y coinciden en que éste puede ser de diferentes tipos (por ej., apoyo de tareas o apoyo emocional) (Wilcox, Kasl y Berkman, 1994), proviene

de fuentes distintas (por ej., familiares o no) (Felton y Berry, 1992), pareja, amigos o hijos (Dean *et al.*, 1990), y en que los efectos sean beneficiosos puede variar con el tipo de evento vital o dificultad que la persona mayor está experimentando (por ej., viudedad o cuidado de la pareja con enfermedad de Alzheimer) (Morgan y March, 1992), viudedad o incapacidad física (Reich, Zautra y Guarnaccia, 1989), jubilación (Bossé, Levenson, Spiro, Aldwin y Mroczek, 1991; Van Tilburg, 1992). Los efectos moduladores no son tan simples como podrían parecer. También hay un creciente interés en las relaciones recíprocas de los eventos vitales y las relaciones sociales. Eventos como viudedad o inicio de incapacidad tienen un impacto obvio en las características del paisaje social (Davies, 1996).

1.6. RESUMEN DEL CAPÍTULO

TABLA 1.1

Resumen del Capítulo 1

APOYO SOCIAL

DEFINICIÓN	<p>Ejes importantes de la definición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia tanto de la ayuda recibida como de la percibida. • Ámbito en que se produce o puede producirse. • Tipo de ayuda. • Distinción entre apoyo cotidiano y apoyo en situaciones de crisis.
MODELOS TEÓRICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Teoría del estrés: relación entre apoyo social y bienestar en dos hipótesis: hipótesis del efecto directo e hipótesis de la amortiguación o interacción. • Teoría de la necesidad: correspondencia entre recursos sociales y necesidad. Define cuatro categorías de apoyo social: apoyo psicológico diario, apoyo psicológico de crisis, apoyo material diario y apoyo material de crisis. • Teoría del efecto funcional (Kaplan y Toshima, 1990): el efecto principal del apoyo social se debe a que las relaciones sociales refuerzan u obstaculizan conductas o intenciones positivas para la salud.
PERSONAS MAYORES	<ul style="list-style-type: none"> • Redes de apoyo social: en personas mayores, las redes varían en las enfermedades, por ejemplo, demencias. El decremento de actividades sociales en personas mayores no significa un decremento de las redes de apoyo. • Para la persona mayor los dos focos más importantes de recursos sociales son familiares y amigos: familia para el funcionamiento diario y amigos para mantener la integración social. Estas dos fuentes de apoyo no son intercambiables.
EFFECTOS EN SALUD Y BIENESTAR	<p>Diferentes hipótesis en la forma en que el apoyo social se relaciona con la salud física y mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo de efecto directo o de efectos principales. • Modelo de amortiguación (<i>buffering</i>). • Modelo interactivo de efectos <i>buffer</i> (amortiguadores). • Modelo de Wheaton y de Barrera: propone tres modelos que no representan efectos amortiguadores. • Modelos de Lin: basados en diferentes secuencias causales de los sucesos vitales y el apoyo social, propone tres clases de modelos.

FUNCIONAMIENTO PSICOAFECTIVO: DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SATISFACCIÓN VITAL

Capítulo 2

2.1. INTRODUCCIÓN

En el presente Capítulo se aborda el funcionamiento afectivo de las personas mayores, a través del estudio de tres entidades (variables) principales que la definen: la depresión, la ansiedad y la satisfacción vital.

El funcionamiento afectivo en la edad avanzada es un tema de gran magnitud y sobre la que numerosos investigadores están trabajando dentro y fuera de nuestras fronteras. Ante tal cantidad de información existente, para la elaboración del presente capítulo se han seguido las revisiones efectuadas por Birren y Schaie (1996 y 2001), Magai y Mc Fadden (1996), Birren (1996) e Izal y Montorio (1999).

2.2. DEPRESIÓN

2.2.1. Epidemiología de la depresión en las personas mayores

2.2.1.1. Introducción

La primera cuestión que uno encuentra al tratar de determinar las tasas de prevalencia de la depresión es la conceptualización del término "depresión". Bajo el término "deprimido" se puede estar denominando cosas muy diferentes. Se puede aludir al estado de ánimo triste, abatido o desanimado, pero se corre el riesgo, si se realiza el diagnóstico basándose sólo en el elemento disfórico, de elevar mucho la tasa a base de falsos positivos, ya que la mayoría de las personas, en muchos momentos de su vida, se encuentran en ese estado (Vázquez y Sanz, 1991). También se puede diagnosticar depresión por medio de listas de síntomas que otorgan puntuaciones a lo largo de un continuo (Gatz, Kasl-Godley y Karel, 1996), pero este método también es inadecuado ya que es posible puntuar relativamente alto en una lista de síntomas sin reunir por completo los criterios diagnósticos para la depresión (Gatz *et al.*, 1996). Por último, la evaluación de la prevalencia puede hacerse basándose en criterios diagnósticos correspondientes a modelos en los que el sujeto se sitúa en una escala dicotómica en la que tiene o no tiene depresión (Gatz *et al.*, 1996).

Según el DSM-IV (APA, 1994), hay una categoría dedicada exclusivamente a cuadros clínicos en los que existe un trastorno anímico básico. Dentro de esta categoría ("trastornos del estado de ánimo") se distinguen dos grandes subcategorías: "trastornos depresivos" ("depresión unipolar") y "trastornos bipolares", caracterizándose los primeros en general por la presencia de uno o más períodos de depresión (síndrome depresivo) sin que exista una historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, y los segundos implican la presencia (o historia) de estos episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

2.2.1.2. Diferencias debidas a la edad en tasas de depresión

Algunos estudios epidemiológicos muestran más depresión mayor entre las personas mayores que entre los adultos de mediana edad (Regier *et al.*, 1988). Según datos de Koenig y Blazer (1992) el por-

centaje de personas mayores con depresión mayor o trastorno distímico es muy bajo (menor de 5%), mientras que las personas mayores que tienen síntomas depresivos, sin reunir los criterios de trastorno mental, son el 27%. Por lo tanto, cuando se emplean criterios más rigurosos de diagnóstico, no parece cierto el tópico de que las personas mayores tengan más tasa de depresión que las más jóvenes (Vázquez *et al.*, 1996).

Los datos epidemiológicos de la depresión señalan que entre el 7 y el 11% de personas mayores la padecen (Gallagher y Thompson, 1983). En España, la prevalencia del trastorno se distribuiría de la siguiente manera, según el estudio transversal de Franco y Monforte (1996) realizado a través de pruebas de *screening*:

- 10% de personas mayores que viven en la comunidad.
- 15-35% de personas mayores que viven en Residencias.
- 10-20% de personas mayores hospitalizadas.
- 40% de personas mayores que padecen un problema somático y están en tratamiento.
- 50% de personas mayores hospitalizadas en unidades psiquiátricas de hospitales generales.

Si se centra la atención en el grupo de personas mayores institucionalizadas, existe una gran disparidad de datos entre los diferentes estudios, en los que la prevalencia oscila entre un 14% (Lobo, Ventura y Marco, 1990) y un 62,67% e incluso un 70% (Rojas, De las Heras, Dueñas, Gaona y Elegido, 1991). Se puede señalar que los estudios que muestran las tasas más bajas han sido efectuados empleando como método diagnóstico la entrevista psiquiátrica, mientras que los que han sido realizados mediante la aplicación de autoinformes son los que registran mayores tasas de prevalencia.

Existen varios factores que podrían ayudar a explicar la tasa tan alta de depresión en Residencias. Hay que tener en cuenta que se está tendiendo a derivar casos de asistencia hospitalaria y casos de pacientes psiquiátricos crónicos envejecidos hacia sistemas asistenciales residenciales, lo que da lugar al aumento de la población discapacitada en las Residencias, elevándose con ello la tasa de depresión (Ames, 1991). Además, la institucionalización en Residencias de personas mayores puede dar lugar a la aparición de factores que favorezcan los cuadros o síntomas depresivos: sentimiento de abandono (Rojas, 1991), dificultades económicas o limitación de la posibilidad de uso de dinero, aislamiento o alejamiento de su ambiente y red social habitual, lo que conduce a un sentimiento de desarraigo y esfuerzo de adaptación relevante (Rojano, Calcedo, Losantos y Calcedo, 1992; Rojas, 1991), cambios significativos en el estilo de vida, con incremento en el grado de estrés (Ribera, Reig y Miquel, 1988), adaptación obligada a un reglamento y normas que pueden incidir negativamente sobre su intimidad y autonomía y dar lugar a sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción vital (Polaino-Lorente, 1984), falta de objetivos y actividades (Godlove, Richard y Rodwell, 1982) e incremento de las autopercepciones de déficit de salud e incremento de ansiedad ante la muerte (Ribera, 1988; González, 1988). Por otra parte, en muchas ocasiones el motivo que lleva a la institucionalización es la existencia de una enfermedad crónica que determina una discapacidad importante con pérdida de autonomía, una edad elevada y una falta de apoyo socio-familiar, lo que también redundaría muy directamente en el aumento de la tasa de trastornos depresivos (Ames, 1991; Mann, Graham y Ashby, 1984).

En consecuencia, la institucionalización de la persona mayor en Residencias está asociada a diferentes factores que pueden influir directa o indirectamente en una mayor prevalencia de la depresión en esta población. Además de los aspectos metodológicos que inciden directamente sobre la variabilidad de resultados entre los diferentes estudios, se encuentra que las características que posea la residencia en la que se efectúe el estudio van a influir directamente sobre los resultados (Rojano, Calcedo y Calcedo, 1993).

Además del hecho de considerar la depresión como un problema en sí mismo, hay que valorar las consecuencias adicionales, ya que las personas mayores deprimidas son el grupo de población con más suicidios consumados siendo la depresión una de las causas principales, y que la depresión no tratada a esas edades se asocia a un aumento de la mortalidad (14% anual frente al 5% esperable) (Ganzini Smith, Fenn y Lee, 1997). Una característica aparentemente distinguible de la depresión en personas mayores es la letalidad. Aumenta el riesgo de suicidio, según Conwell (1994), dos tercios de los suicidas en personas mayores tenían depresión, a menudo en su primer episodio, aunque el mismo autor cita que en todas las edades, entre la mitad y dos tercios de los suicidios están relacionados con la depresión.

En conclusión, la prevalencia media de trastornos depresivos en personas mayores institucionalizadas se sitúa entre un 15 y un 35% en la mayoría de los estudios, lo que indica que se trata de una tasa muy superior a la encontrada en la población general anciana (Fernández, Villaverde, García, Morales, Morera y De la Fuente, 1995; Rojano, Calcedo, Lozanitos y Calcedo, 1992).

2.2.2. Relación envejecimiento-depresión

El modelo de vulnerabilidad-estrés propuesto originalmente por Zubin y Spring (1977) fue introducido inicialmente para explicar la etiología de la esquizofrenia, y utilizado más tarde desde una perspectiva de diatesis-estrés del desarrollo vital para explicar la mayoría de las psicopatologías. En una dimensión se sitúa la diatesis (nivel individual de vulnerabilidad), influida por las propensiones genéticas, las vulnerabilidades biológicas adquiridas, y factores psicológicos como los estilos atribucionales que colocan a un individuo ante un mayor riesgo de trastorno. En la otra dimensión, se encuentra el estrés (por ej., los eventos vitales negativos), como la pérdida de un ser querido, situaciones crónicas estresantes, como el desempleo, condiciones ambientales como la exposición a sustancias tóxicas o la acumulación de pequeños estresores cotidianos. Ambos, diatesis y estresores, contribuyen a la propensión global a un trastorno. Entre el 40 y el 60% de las personas mayores deprimidas han experimentado al menos un suceso vital negativo en el año anterior a la aparición de la sintomatología depresiva (Wolfe, Morrow y Fredrikson, 1996). A mayor propensión, los sujetos están más cerca de la línea en la que será hecho el diagnóstico clínico del trastorno (Gatz *et al.*, 1996).

Gatz y otros (1996) sugieren que, considerando la edad y las diferencias de cohorte en diatesis y estrés, se debería poder explicar las diferencias por edad en tasas, etiología y fenomenología de los trastornos mentales. Por ejemplo, el envejecimiento está asociado con cambios en el funcionamiento de los neurotransmisores, que pueden ser relevantes para los síntomas cognitivos y emocionales, y con cambios en la probabilidad de aparición de ciertos eventos vitales estresantes (por ej., viudedad). Es parti-

cularmente importante notar que las influencias genéticas pueden cambiar durante el desarrollo, con genes diferentes mostrando sus efectos a distintas edades. Por tanto, los trastornos pueden aparecer en personas mayores sin haber tenido indicios en etapas anteriores de la vida (Pedersen, 1996). Diferencias debidas a la cohorte acompañan los cambios en oportunidades educacionales y ocupacionales de los jóvenes de hoy en comparación a los jóvenes de décadas anteriores que forman la población actual de personas mayores (Gatz *et al.*, 1996). No obstante es necesario destacar que los modelos diatesis-estrés no han intentado tomar una perspectiva de desarrollo, tan importante en este momento en psicogerontología clínica.

Recientemente algunos autores han comenzado a discutir modelos de psicopatología del desarrollo, definidos como el estudio de pautas de desarrollo que conducen a un trastorno, si bien la investigación se ha centrado principalmente en niños (Kazdin y Kagan, 1994). Gatz *et al.* (1996) extienden esa conceptualización a las personas mayores. Una consideración crítica sobre el desarrollo, particularmente en personas mayores, es la distinción entre trastornos mentales que ocurren por primera vez en la vejez y los que han tenido su inicio en otras edades y han continuado como enfermedad mental crónica o recurrente hasta la edad avanzada. Bajo esta distinción se pueden considerar tres grupos de personas mayores con trastornos mentales:

- aquellos que padecen el trastorno desde antes y experimentan una continuidad o recurrencia durante la vejez;
- aquellos con tendencia a su padecimiento desde otras etapas de su vida y que se exacerba en la vejez, apareciendo entonces el trastorno;
- aquellos que experimentan un nuevo trastorno en la vejez.

También puede haber personas que hayan tenido algún trastorno durante su vida, pero no lo muestren en la vejez. Estas pautas pueden ser interpretadas en términos de interacción de diatesis y estresores a lo largo del tiempo. Por ejemplo, los estresores en el desarrollo temprano del individuo pueden alterar la vulnerabilidad biológica o psicológica para otros eventos posteriores en la vida (Gatz *et al.*, 1996).

Existe gran disparidad de resultados en los estudios realizados que han intentado encontrar una relación entre la depresión y el envejecimiento. Mientras que unos autores encuentran relación positiva entre ambas variables (Feinson, 1985), otros han encontrado que la relación entre envejecimiento y depresión es negativa, mientras que otros concluyen que no hay efecto significativo de la edad en la depresión (Gurland, Copeland, Kuriansky, Kelleher, Sharpe y Dean, 1983; Bolla-Wilson y Bleecker, 1989).

Esto hace pensar en cuáles pueden ser las claves de estos resultados tan contradictorios. Buendía y Riquelme (1994) señalan que habría que estudiar los efectos atribuibles a factores como:

- *Instrumentación usada (clínica o escalar)*. Muchos estudios sobre depresión en personas mayores se han hecho con diagnósticos basados en autoinformes, por lo que no se aclara si la sintomatología depresiva presentada era debida realmente a depresión o a otra categoría diagnóstica que también curse con síntomas depresivos. Según la instrumentación usada, clínica o escalar, no sólo están midiendo fundamentalmente diferentes formas de depresión, sino que además están plaga-

dos de distintas fuentes de error en su estimación (Weiss, Nagel y Aronson, 1986; De Leo y Diekstra, 1990; Newmann, 1989). Así como el empleo de un enfoque clínico de medición puede llevar a la infravaloración de la depresión en personas mayores por diferentes motivos, tales como determinados criterios excluyentes (presencia de enfermedad o condición física adversa...), también un planteamiento basado en escalas normalizadas podría llevar a una sobreestimación al recoger ítems donde se están contemplando aspectos relacionados con dificultades físicas, con la consiguiente confusión entre sintomatología depresiva y características inherentes al propio proceso de envejecimiento (Wisocki, 1984; Bolla-Wilson y Bleecker, 1989).

- *Diseño transversal vs. longitudinal.* El principal problema derivado de la utilización de diseños transversales es la imposibilidad de diferenciar nitidamente entre los efectos debidos al factor edad y las divergencias generacionales o efecto cohorte, que tienen con toda probabilidad un efecto sobre determinadas variables psicológicas (Zarit y Zarit, 1984). Los estudios realizados utilizando un diseño de investigación longitudinal son muy escasos y la mayoría de los trabajos se limitan a comparar valores obtenidos sobre distintos grupos de edad, donde a menudo existe una subrepresentación de las edades más avanzadas, por la clasificación del amplio grupo de edad "mayor o igual a 65 años" (Buendía y Riquelme, 1994). Últimamente diversos autores y entre ellos Birren y Schaie (2001) apuestan decididamente por la importancia de los diseños longitudinales a la hora de explicar la relación entre envejecimiento y depresión a través de modelos de ecuaciones estructurales con variables latentes.

2.2.3. Naturaleza de la depresión en personas mayores y diagnóstico diferencial

Aunque no existen datos suficientemente claros, la depresión en personas mayores pudiera no ser totalmente equiparable a la de la juventud (Vázquez y Sanz, 1991). En las personas mayores, los síntomas de la depresión tienen algunas características diferenciales, de las que podrían resaltarse (Andrés y Bas, 1999; Buendía y Riquelme, 1994):

- Quejas somáticas: aumento del número (dolores, limitaciones, edad, enfermedades...).
- Irritabilidad: Mayor irritabilidad, conductas de imposición y manipulativas con la familia, que provocan una respuesta negativa en ésta.
- Sentimientos: Sentimientos de inutilidad, a veces reforzados por la respuesta sobreprotectora del entorno.
- Resistencias farmacológicas: Episodios más largos y más resistentes al tratamiento farmacológico.
- Delirios y alucinaciones psicóticas son frecuentes en el trastorno de Depresión Mayor.
- Agitación: Frecuente de origen psicomotriz, normalmente acompañada de ansiedad intensa o bien inhibición psicomotriz intensa y atípica.
- Sueño: Especial relevancia de estos trastornos.
- Somatizaciones frecuentes de carácter ansioso.
- Culpa: Menor sintomatología.

Es importante destacar la importancia de los síntomas depresivos somáticos en personas mayores en comparación con otros grupos de edad. De hecho, cuando se excluyen los síntomas somáticos de las escalas de depresión, el típico hallazgo de mayores tasas de depresión en personas mayores desaparece (Gatz *et al.*, 1996). En opinión de algunos autores (Vázquez y Sanz, 1991), esta exclusión es incorrecta, ya que desvirtúa el significado clínico del cuadro depresivo: un incremento de quejas somáticas en esta población puede significar tanto la manifestación de problemas físicos reales o del envejecimiento normal como un elemento característico de la expresión sintomática depresiva en edades avanzadas. Los síntomas somáticos depresivos han de considerarse por tanto como síntomas propios de la depresión y no como epifenómenos laterales.

Otros, en cambio, consideran que los *ítems* de síntomas somáticos o de patrones de sueño, por ejemplo, son mucho mejores indicadores de depresión en pacientes jóvenes; en personas mayores más probablemente reflejan cambios que ocurren independientemente del estado de ánimo (Woods, 1996).

McNeil y Hersany (1989) hacen unas observaciones a este respecto:

- La mayor presencia de síntomas somáticos en las personas mayores deprimidas no se debe simplemente a que exista una mayor prevalencia de enfermedades en las personas mayores, ya que las personas mayores deprimidas sanas tienen más síntomas somáticos y cognitivos que las personas mayores con enfermedades físicas.
- Esta mayor presencia de síntomas somáticos en personas mayores deprimidas no se debe sólo al proceso normal de envejecimiento, ya que las personas mayores deprimidas manifiestan más experiencias somáticas que personas no deprimidas (Waxman, McCreary, Weinrit y Carner, 1985).
- No parece debido a un artefacto estadístico, pues se observa alta consistencia interna en las escalas de depresión que incluyen síntomas somáticos, de modo que las tasas elevadas de cognición depresiva se asocian a tasas también elevadas de síntomas físicos depresivos (Hyer, Gourea, Harrison *et al.*, 1987). También esta relación tiene validez convergente, pues tanto los *ítems* somáticos como los *ítems* cognitivos están relacionados con variables como la satisfacción con la vida (Hyer *et al.*, 1987; Rozzoni, Bianchetti, Carabellese *et al.*, 1988).

Otra característica diferencial en la forma en que se experimenta la depresión entre las personas mayores y adultos más jóvenes se refiere al control que el medio ejerce sobre la presentación y el mantenimiento de la sintomatología depresiva, de tal forma que puede considerarse más importante entre las personas mayores (Andrés y Bas, 1999).

Otras características diferenciales entre las personas mayores serían un interés disminuido por las cosas que les rodean, fatiga, dificultad para levantarse temprano y no poder volver a dormirse, quejas de memoria, pensamientos sobre la muerte y desesperanza generalizada (Reifler, 1994). En cambio, las personas mayores muestran disforia o estado de ánimo deprimido menos frecuentemente de lo que sería esperable de acuerdo a sus otros síntomas (Gallo, Anthony y Muthen, 1994), lo que puede explicar la baja prevalencia de trastorno depresivo mayor, o que puede indicar diferencias debidas a la edad en la naturaleza de la depresión. Newmann, Engel y Jensen (1991) han propuesto el término "depletion syndrome", que describe una forma de depresión comúnmente observada en personas mayores, y que principalmente comprende falta de interés y sentimiento de que todo es un esfuerzo.

Otros autores (Blazer, Burchett, Service y George, 1991) han recomendado una categoría diagnóstica llamada "depresión menor" para enmarcar los síntomas subclínicos observados tan a menudo en las personas mayores.

Zonderman, Herbst, Schmidt, Costa y McRae (1993) demostraron que las puntuaciones en síntomas depresivos, aun por debajo del punto de corte clínico, predicen varios diagnósticos psíquicos dieciséis años después, lo que demuestra la importancia de los síntomas subclínicos.

Buendía y Riquelme (1994) señalan la necesidad de determinar categorías descriptivas específicas capaces de mostrar la amplitud y configuración de la experiencia depresiva en un periodo de la vida caracterizado por múltiples pérdidas. Los mismos autores creen que hay que avanzar en la comprensión de los factores que puedan estar incidiendo en el peor pronóstico de las alteraciones depresivas en personas mayores.

2.2.4. Modelos teóricos sobre depresión

En la actualidad, los principales modelos psicológicos utilizados en la conceptualización de la depresión tienen que ver con la orientación cognitivo-conductual, probablemente por ofertar a los pacientes la oportunidad de aprender habilidades de afrontamiento que suelen ser válidas una vez pasada la crisis.

En el presente trabajo, parte de los modelos más cognitivos-conductuales y social se hace énfasis en un modelo tratado anteriormente para explicar la relación depresión-enejecimiento, que es el modelo de diatesis-estrés de Zubin y Spring (1977).

2.2.4.1. *Modelo diatesis-estrés de Zubin y Spring (Zubin y Spring, 1977)*

Como se ha comentado en el segundo punto del presente Capítulo, la dimensión diatesis incluye propensión genética, vulnerabilidad biológica y atributos psicológicos. Normalmente se argumenta que la propensión genética es menos importante en los casos de inicio tardío que en los de inicio temprano (Alexopoulos, Young, Abrahams, Meyers and Shamoian, 1989), en cambio, la diatesis genética puede jugar un papel en la predisposición de un sujeto a la adquisición de vulnerabilidades biológicas (Gatz *et al.*, 1996).

La diatesis biológica ha recibido una gran atención respecto a la depresión en las personas mayores. Los cambios debidos a la edad en fisiología y estructura cerebral han sido sugeridos como factores de riesgo para la depresión de inicio tardío debido a los paralelismos entre esos cambios y los cambios patológicos observados en la depresión, como desregulación del sistema de monoaminas, aumento de la actividad de la monoaminoxidasa, déficits en la función de la norepinefrina, disminución de la regulación de los receptores de serotonina y deterioro de las materias gris y blanca (Alexopoulos *et al.*, 1989; Leuchter, 1994).

La enfermedad física está siempre entre los factores de riesgo para la depresión, y la prevalencia de depresión mayor en las personas mayores en entornos médicos ha sido estimada en aproximadamen-

te un 15% (Reifler, 1994). Una implicación de esto es que la depresión (o al menos la disforia significativa) puede ocurrir como consecuencia de ciertas enfermedades somáticas o medicaciones, reflejando así un proceso mediado biológicamente, o de manera alternativa, la enfermedad física puede actuar como estresor y la depresión puede ser una reacción a ésta (Gatz *et al.*, 1996).

Mientras la diatesis biológica parece aumentar con la edad, en términos de diatesis psicológica, las personas mayores pueden ser menos vulnerables que los jóvenes y adultos. Las personas mayores han tenido la oportunidad de aprender cómo afrontar los estresores y cómo ajustar sus expectativas para tener menos sentimientos de fracaso (Nolen-Hoeksema, 1988).

En la dimensión del estrés los eventos vitales han mostrado una relación inconsistente con la depresión en personas mayores. La viudedad, el declive físico y de salud, y otros eventos de pérdida son ejemplos obvios de hechos que podrían precipitar la depresión en personas mayores debido a la gran frecuencia de estos hechos comparándolos con sujetos de otras edades. En cambio, los eventos negativos parecen ser más numerosos en adultos jóvenes, y la relación entre eventos vitales o estrés crónico y depresión puede realmente ser menos fuerte en personas mayores que en adultos jóvenes (George, 1994).

En resumen, al aumentar la edad hay un aumento de la vulnerabilidad biológica, una disminución de la vulnerabilidad psicológica y un aumento de estresores vitales, aunque éstos son menores que en otras etapas de la vida. De acuerdo con este punto de vista, Blazer *et al.* (1991) encuentran que controlando factores que están relacionados con la edad (aumento de enfermedades crónicas e incapacidad física, ingresos disminuidos, pérdida de personas cercanas) resulta una relación residual negativa entre síntomas depresivos y edad.

2.2.4.2. *Modelo de Beck*

Este modelo subraya que los trastornos psicológicos se caracterizan por la presencia de esquemas idiosincráticos y no adaptativos que dominan el sistema de procesamiento de la información cuando son activados por circunstancias relevantes del entorno del sujeto. Estos esquemas provocan una visión distorsionada de la realidad y son persistentes, involuntarios y compatibles con las situaciones que se les plantean, siendo autorreferidos a contenidos de autoculpa, baja autoestima e infravaloración. Este autor conceptualiza la depresión a través de la tríada cognitiva negativa, que consiste en que los sujetos deprimidos se ven a sí mismos, a las experiencias habituales y al futuro de una forma negativa, y además, las variables relevantes de la depresión se confirman por los esquemas de pensamiento. Las características cognitivas de la depresión pueden resumirse en nueve hipótesis: hipótesis de negatividad, hipótesis de exclusividad, hipótesis de procesamientos selectivo, hipótesis de primacía, hipótesis de la especificidad de contenido, hipótesis de universalidad, hipótesis de severidad, hipótesis de esquema e hipótesis de procesamiento primario. Además, el modelo incluye ocho hipótesis causales o conjunto de procesos cognitivos antecedentes que podrían facilitar la aparición de los síntomas: hipótesis de consistencia, hipótesis de congruencia, hipótesis de autoevaluación, hipótesis sobre las relaciones, hipótesis de afrontamiento diferencial, hipótesis cognitiva de "diatesis"-estrés, hipótesis de especificidad de los síntomas e hipótesis del tratamiento diferencial.

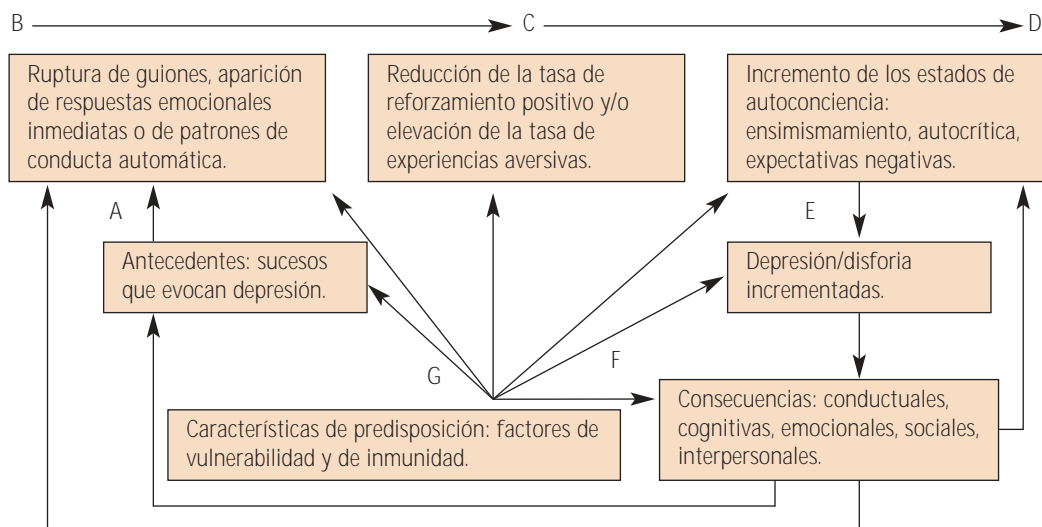
La forma en que la persona mayor interpreta su mundo, su pasado y su futuro son determinantes básicos en el origen y mantenimiento de los síntomas de depresión como han destacado diversos autores (Izal y Montorio, 1999).

2.2.4.3. Modelo de Lewinsohn

El modelo de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985) es especialmente interesante para explicar la depresión unipolar en personas mayores (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997; Teri y Lewinsohn, 1986). Integra estudios procedentes de la epidemiología, estudios de resultados de tratamientos de terapias, de la psicología social y de la cognición social entre otros. Postula que la depresión se debe a una baja tasa de refuerzo contingente con las actividades realizadas por el sujeto, por lo que la depresión sería el resultado de una escasa participación de la persona en actividades reforzadas por otros o intrínsecamente reforzantes. Esa falta de refuerzo lleva a un decremento en la emisión de respuestas y a la aparición de un estado de ánimo disfórico, fatiga, culpa y poca actividad. Estas conductas se mantienen inicialmente por las consecuencias ambientales recibidas (atención), pero luego se vuelven en sí mismas aversivas para su medio social provocando el rechazo y cerrando así el círculo (en la Fig. 2.1 se puede encontrar el desarrollo del proceso depresogénico).

FIGURA 2.1

Modelo de depresión de Lewinsohn et al. (1985)



2.2.4.4. Modelo de Gotlib y Colby

Hace especial hincapié en los factores de interacción social como fuente principal que mantiene y fomenta la depresión y su relevancia para la población de personas mayores. No se centra tanto en la

etiología de la depresión como en los factores que la mantienen. Intenta conceptualizar y comprender la depresión como una expresión, reflejo o indicación de alteraciones en la interacción personal, especialmente en el ámbito familiar o marital. Hay dos supuestos básicos:

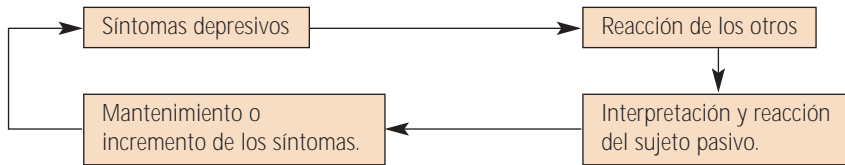
- Los individuos y las familias varían en sus habilidades para tratar con las diversas demandas y estresores de la vida diaria. Implica que la aparición de un estresor (interno, externo o externo que interactúa con uno interno) impone un cambio adaptativo al individuo.
- La depresión puede desarrollarse desde causas o vulnerabilidades individuales (biológicas, cognitivas) o interpersonales (por ej., pareja, familia, sociedad). Pero si los síntomas persisten, lo más probable es que estén mantenidos o reforzados por la interacción entre el individuo y el sistema social.

Hay una relación recíproca entre el estilo cognitivo de la persona deprimida y su funcionamiento interpersonal: presta más atención a los aspectos negativos de su entorno, lo que fortalece la sintomatología de la depresión, haciéndose más negativo y aversivo ante los otros, lo que a su vez favorece el rechazo o la ambivalencia de los demás, hecho que es percibido como muy negativo por el deprimido, dando lugar a la exacerbación de sus síntomas y cerrándose así el círculo.

Este modelo parece de especial interés en la vejez por la relevancia que da a las respuestas del medio en su capacidad de determinar y mantener los síntomas de depresión. En la práctica clínica en Residencias de ancianos el modelo de Gotlib y Golby (Figura 2.2.) explica de manera adecuada la importancia que un medio cerrado tiene en el mantenimiento de conductas depresivas.

FIGURA 2.2

Modelo de depresión de Gotlib y Golby (1987)



2.2.4.5. Teoría de la indefensión aprendida de Seligman

58

Propone que las personas que experimentan ausencia de control sobre las consecuencias de su conducta aprenden a verse a sí mismos como indefensos, al mismo tiempo que desarrollan síntomas depresivos. Esos síntomas a los que se refiere este modelo son: alta latencia en emisión de respuestas voluntarias, pasividad (a causa de déficits motivacionales), creencias negativas sobre sí mismos, sobre el entorno y el futuro (como consecuencia de déficits cognitivos), y sentimientos de indefensión y quejas constantes sobre lo que les ocurre (debido a déficits emocionales) (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992). En la reformulación del modelo (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) hacen mayor énfasis en la interpretación que realiza el sujeto acerca de la causalidad, en detrimento del papel de la falta de refuerzo contingente con la respuesta. Predice que los individuos depresivos son más proclives a res-

ponsabilizarse de los resultados negativos, atribuyéndolos a causas internas, mientras que los individuos no depresivos tienden a no sentirse responsables de los resultados negativos, que atribuyen a factores externos, y en el caso de resultados positivos, se invierten las atribuciones en ambos grupos de personas (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992).

Maiden (1987) contrastó este modelo en personas mayores, poniendo de manifiesto la confirmación de las hipótesis propuestas desde el modelo acerca de las atribuciones realizadas por deprimidos y no deprimidos sobre los éxitos y los fracasos.

Quizá el modelo más comprensivo debiera ser uno integrador (como sugieren Fernández-Ballesteros *et al.* (1992)) de carácter biopsicosocial, que al incluir simultáneamente aspectos biológicos, psicológicos y sociales, permite comprender, evaluar y tratar los diversos factores que interactúan en la depresión.

- Variables biológicas: Los cambios bioquímicos y fisiológicos (por ej., cambios en el sistema endocrino...) que pueden contribuir a la depresión en la vejez (Levy, 1980).
- Variables psicológicas (cognitivas, conductuales...): La manera en que una persona se adapta al proceso de envejecimiento y maneja las bajas tasas de refuerzo que suelen experimentar, especialmente con el incremento de las pérdidas (físicas, sociales...) que suelen sufrir, puede contribuir al aumento de la depresión en las personas mayores (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992).
- Variables sociales (contactos sociales, eventos estresantes...): Puede haber un amplio conjunto de estresores que favorezcan o intervengan en la aparición de la depresión, como p. e. la disminución de ingresos, el decremento de apoyo social, la jubilación y otros cambios en los roles y las redes sociales (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992).
- Factores ambientales: Determinados comportamientos de la familia o de la institución, que pueda aumentar o disminuir el sentimiento de dependencia o inutilidad (Moon y Baum, 1987).

El mejor conocimiento de los diferentes factores implicados en la depresión ayudará a explicar este fenómeno en las personas mayores, al mismo tiempo que facilitará la evaluación y la planificación de programas preventivos y tratamientos (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992).

2.2.5. Dimensiones psicosociales de la depresión

Parece generalizado el acuerdo sobre que determinados factores psicosociales son relevantes en el desarrollo de la depresión en personas mayores (Murphy, 1982), si bien no se conoce cómo interactúan esos elementos y cuál es el peso específico de cada elemento de forma separada.

Se han considerado estos factores:

- Patología física: Se suele relacionar el padecimiento de una enfermedad física con la aparición de síntomas depresivos, sea cual sea la edad. Dado que las personas mayores sufren un mayor número de enfermedades, se podría hipotetizar que la vejez podría ser “tiempo de depresión”, creencia que podría llevar a los profesionales del cuidado de personas mayores a lo que se ha llamado “nihilismo terapéutico” (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992). Sin embargo, la evidencia empírica señala

que aunque exista asociación entre enfermedad física y síntomas depresivos en las personas mayores (Jarvik y Perl, 1981), habrá que examinar cuál es la relación entre ambos tipos de variables (Gurland, Wilder, Bolden, Teresi, Gurland y Copeland, 1988; Evans, Copeland y Dewey, 1991).

- Factores sociodemográficos: A lo largo de las últimas décadas se han propuesto y estudiado diferentes factores que pudieran tener importancia en el inicio y mantenimiento de la depresión: género femenino (Weissman y Klerman, 1977), estado civil (Radloff, 1975; Himmelfarb, 1984), y los propuestos por Gurland y cols. (1988), como la existencia de servicios sociales y de salud, buena integración social, jubilación satisfactoria, ingresos económicos adecuados, ambiente enriquecido social y físicamente.
- Cambios asociados al proceso de envejecimiento (sensoriales, cognitivos, familiares, personales...) que pueden generar estrés: Modificación de la capacidad de rendimiento (pérdida de agudeza sensorial, entecimiento psicomotriz, aumento de la dificultad para realizar nuevos aprendizajes), cambios en la esfera familiar (nido vacío, muerte de personas queridas, reestructuración o inversión de las relaciones de dependencia), cambios a nivel social (jubilación, pérdida de poder adquisitivo, cambio de estatus, aumento del tiempo libre, reducción de redes sociales) (Buendía *et al.*, 1994). Todos estos cambios suponen sobreexigencias de adaptación en personas que presentan una especial vulnerabilidad al estrés, por lo que el estrés y su relación con la depresión ha tomado un papel importante (Holahan y Holahan, 1987; Krause, 1987).

Finalmente también se han tenido en cuenta los efectos de las siguientes variables moduladoras: locus de control (Lefcourt, 1985), autoestima (Brown y Harris, 1987), expectativas de autoeficacia (Antonucci y Jackson, 1990) y el apoyo social (Pearlin, Lieberman, Menaghaty y Mullan, 1987; Cohen y Wills, 1986; Buendía y Riquelme, 1991)

2.3. ANSIEDAD

2.3.1. Epidemiología de los trastornos de ansiedad

Aunque se ha prestado mucha menos atención a los trastornos de ansiedad en las personas mayores que a la depresión, éstos son más frecuentes. En cambio, la prevalencia de estos problemas en las personas mayores es menor que en otras edades (Gatz *et al.*, 1996). Según el ECA (Epidemiological Catchment Area), la tasa más baja de problemas de ansiedad corresponde al grupo de más de 65 años (Regier, Boyd, Burke, Rae, Myers, Kramer, Robins, George, Karne y Locke, 1988). Según este estudio casi el 6% de las personas mayores reúnen los criterios diagnósticos de algún trastorno de ansiedad. Si se tienen en cuenta además las presentaciones de la ansiedad en forma de sintomatología leve o subclínica, la prevalencia de ésta sube al 10-20% (Sheikh, 1996).

En el estudio de la ansiedad en personas mayores, como en el de otras psicopatologías, surge el problema de los efectos de factores como la cohorte, la mortalidad diferencial, las diferencias debidas a la edad en deseabilidad de los síntomas informados y los sesgos de selección asociados a la edad (Fisher y Noll, 1996). Si se consideran las tasas de prevalencia vital, se podría esperar encontrar un

aumento de la prevalencia con la edad, en cambio, estudios epidemiológicos recientes han encontrado que la prevalencia declina en las edades más avanzadas y es más alta en cohortes más recientes (Kessler, McGonagle, Shanyang, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen y Kendler, 1994; Robins y Regier, 1991). Aunque estos estudios son transversales y por ello no permiten la determinación de la influencia de ciertas consideraciones metodológicas, sugieren la posibilidad de que la vida en la vejez disminuya la vulnerabilidad individual para desarrollar ansiedad (Fisher y Noll, 1996). Brickman y Eisdorfer (1989) consideran que los motivos de la menor prevalencia de la ansiedad en las personas mayores podrían ser, además del efecto cohorte, el enmascaramiento de los trastornos de ansiedad en el deterioro cognitivo, la menor supervivencia o institucionalización de los pacientes que han sufrido ansiedad, la propensión en la persona mayor a interpretar los síntomas de ansiedad como referida a enfermedades médicas y la negación y olvido adaptativos de las vivencias de ansiedad.

Si se examinan diferentes estudios de prevalencia, se observa una gran diferencia en las tasas de ansiedad en la población de personas mayores. Estas diferencias pueden ser debidas a los criterios usados para categorizar la ansiedad. Como señalan Gurian y Miner (1991), la ansiedad tiende a ser un síntoma muy común en las personas mayores, pero un síndrome poco común. Existen individuos que, aunque no reúnan los criterios necesarios para ser diagnosticados con un trastorno de ansiedad según algún sistema diagnóstico como el DSM-IV (APA, 1994), presentan síntomas lo suficientemente importantes como para necesitar intervención.

Aunque en general la sintomatología de los trastornos específicos de ansiedad no parece diferir durante la edad adulta, por el momento no se dispone de la suficiente información sobre las manifestaciones de la ansiedad en las personas mayores como para permitirnos hablar de diferencias debidas a la edad en sintomatología (Fisher y Noll, 1996).

2.3.2. Clasificación de los trastornos de ansiedad

Según el DSM-IV (APA, 1994), entre los trastornos de ansiedad se encuentran:

- Trastorno de pánico o crisis de angustia: Se refiere a episodios repentinos y recurrentes de intensa ansiedad o miedo, acompañado de múltiples síntomas cognitivos (miedo a perder el control, miedo a morir...) y somáticos (palpitaciones, respiración agitada, dolor torácico, sudoración...). Estos ataques pueden ocurrir en situaciones inesperadas o estar situacionalmente vinculados a determinados acontecimientos o lugares de los que sería difícil escapar si se produjera un ataque, lo que puede llevar a respuestas de evitación (agorafobia) (Montorio, 1999). Es infrecuente que los ataques aparezcan por primera vez en la vida en personas mayores (Luchins y Rose, 1989), pero si así ocurre éstos suelen caracterizarse por un menor número de síntomas de pánico, menos evitación y un menor componente somático. Según los datos del estudio ECA, la tasa de prevalencia en seis meses en la muestra de mayores de 65 años fue de 0,2% para mujeres y 0 en hombres para el trastorno de pánico, y del 3% para mujeres y 1,6% en hombres en el caso de la agorafobia.
- Fobias: Son miedos persistentes, intensos, excesivos o irracionales ante un objeto o situación, e implica una evitación desproporcionada al posible daño o anticipación ansiosa que causa malestar o es disfuncional para la persona. Entre las personas mayores, los miedos más frecuentes son,

por una parte, el miedo a robos o violencia (especialmente en el medio urbano), y el miedo a las caídas por otra (Montorio, Izal, y López, 1998; Tideiksaar, 1989). Las tasas de prevalencia de fobias específicas del ECA se sitúan en 2,9% para hombres y 6,1% para mujeres mayores de 65 años.

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): Que se caracteriza por ansiedad y preocupación crónica, persistente y excesiva durante un prolongado espacio de tiempo (al menos seis meses). Esas preocupaciones son disfuncionales, implican muchas circunstancias de la vida diaria, y la persona encuentra dificultad para cesar voluntariamente en sus preocupaciones y prestar atención a otras actividades (Montorio, 1999). En las personas mayores a menudo se acompaña de depresión, pudiendo presentarse también un subtipo de trastorno mixto de ansiedad-depresión (Wolpe, 1990; Montorio, 1999). La prevalencia del TAG en el estudio ECA varía del 1 al 7%, dependiendo del lugar de muestreo. Además, como señala Montorio (1999), es probable que el número de personas mayores con trastornos de este tipo sea superior a las cifras de prevalencia establecidas. Al considerar el inicio, aproximadamente el 50% de las personas mayores informan que su ansiedad ha comenzado en los últimos cinco años (Blazer *et al.*, 1991).

2.3.3. Envejecimiento y trastornos de ansiedad

Las personas mayores pueden presentar cualquiera de los diferentes trastornos de ansiedad, aunque probablemente el trastorno de ansiedad generalizada sea uno de los más comunes (Montorio, 1999).

Los trastornos de ansiedad suelen comenzar pronto en el ciclo vital, siendo más inusual la instauración después de los 65 años (3% de los casos en los datos del ECA, en Blazer, George y Hughes, 1991), excepto en el caso de las fobias, cuya tasa de inicio se distribuye por igual a través de todos los grupos de edad (Anthony y Aboraya, 1992). Si el inicio ocurrió antes de la vejez, hay que tener en cuenta los efectos del envejecimiento en la sintomatología (Fisher y Noll, 1996).

Algunos autores han considerado diferentes factores que intervienen en la etiología de la ansiedad (Fisher *et al.*, 1996):

- Factores biológicos: Se ha encontrado relación entre síntomas de ansiedad en personas mayores y enfermedad física (Heidrich, 1993; Himmelfarb y Murrell, 1984; Raj, Corvea y Dagon, 1993), aunque la relación causal no está clara. Según Wise y Rieck (1993), sería útil el siguiente marco de evaluación: descartar otros trastornos mentales que incluyen síntomas de ansiedad (por ej., depresión y *delirium*), descartar que la ansiedad sea debida a efectos secundarios de la medicación, determinar el curso del problema de ansiedad con respecto al de la enfermedad (si le antecede o le sucede) y considerar si la ansiedad es una reacción ante el estrés de padecer una enfermedad. La ansiedad y el problema físico pueden ocurrir simultáneamente o bien uno producir el otro, aunque resulte difícil determinar el sentido de la influencia.
- Enfermedad crónica: Existen diferentes trastornos físicos que pueden cursar acompañados de ansiedad: condiciones metabólicas (hipoglucemia, anemia), endocrinas (hiper e hipotiroidismo, hiperadrenalismo), cardiovasculares (isquemia, angina), neurológicas (acatisia, síndrome postconmocional), respiratorias (asma, EPOC, neumonía), consumo excesivo de cafeína y abstinencia de

alcohol y ansiolíticos (Hersen y Van Hasselt, 1992; Wise y Rieck, 1993). Otras enfermedades físicas pueden provocar síntomas similares a los de la ansiedad, particularmente asociados a trastorno de pánico en personas mayores, como son la angina de pecho y el infarto de miocardio, que pueden presentar una fenomenología muy similar a la del ataque de pánico con disnea, opresión en el pecho, sudoración y miedo a morir (Sheikh, 1996), el prolapso de válvula mitral (Raj *et al.*, 1993), la enfermedad de Parkinson (Stein, Heuser, Juncos y Uhde, 1990), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Karajgi, Rijkin, Doddy y Kolli, 1990) y el vértigo (Raj *et al.*, 1993).

Sería preciso conocer mejor qué enfermedades neurológicas, pulmonares y endocrinas se han asociado a las manifestaciones de ansiedad.

Respecto a los medicamentos, el elevado consumo de fármacos (tanto prescritos como automedicados) en el grupo de las personas mayores, en especial los fármacos anticolinérgicos, incluidos los anti-parkinsonianos y los antidepresivos, pueden producir síntomas de ansiedad (Sifton, 1988). También la acatisia producida por los neurolépticos puede resultar difícilmente distinguible de la ansiedad.

- Demencia: No está claramente establecida una relación entre demencia y ansiedad (Fisher y Noll, 1996), aunque se ha documentado una relación entre demencia en estadios iniciales o moderados y un aumento de los síntomas de ansiedad: entre pacientes con demencia moderada un 35% mostraba síntomas de ansiedad (Wand, Merskey, Hachinsky, Fisman y Fox, 1990). Existe el problema de que, si bien en estadios iniciales es posible obtener información mediante autoinforme (Teri y Keller, 1987), aunque puede ser problemático (Nussbaum y Sauer, 1993), a medida que se pierden las capacidades verbales es necesario recurrir a la observación directa o al informe verbal de los cuidadores (Fisher, Goy, Swingen y Szymanski, 1994; Swearer, Drachman, O'Donnell y Mitchell, 1988), con lo que hay que inferir la ansiedad a partir de conductas específicas (agitación, agresión...) (Fisher y Noll, 1996; Montorio, 1999).

Se han examinado las relaciones entre alteraciones conductuales y factores como el deterioro cognitivo y el estado funcional en pacientes con demencia, pero se han ignorado las relaciones entre las alteraciones conductuales y estados emocionales como la ansiedad (Fisher y Noll, 1996). Algunos problemas conductuales, como las agresiones, podrían estar funcionando como esfuerzos por parte de la persona con demencia para escapar de situaciones amenazantes (Swearer *et al.*, 1988). Se debería hacer observación sistemática de los estímulos ambientales asociados a las alteraciones conductuales en personas con demencia y desarrollar métodos para evaluar el funcionamiento emocional en pacientes no-verbales (Fisher y Noll, 1996).

Otro aspecto importante son las variables que la investigación ha encontrado que tienen un mayor grado de correlación con los trastornos de ansiedad en las personas mayores (Agüera, 1998):

- Presencia de enfermedades físicas: Es quizá el factor principal y existe una correlación directa con el número de enfermedades y con la gravedad de las mismas. De especial trascendencia son las enfermedades que cursan con dolor, cuando éste no es suficientemente mitigado, y las que conllevan grados importantes de inmovilidad.
- Edad del paciente: Su importancia es sólo relativa, no se correlaciona directamente con una mayor o menor prevalencia de trastornos de ansiedad.

- Género: Los trastornos de ansiedad son más frecuentes entre las mujeres a cualquier edad a partir de la adolescencia, aunque en las personas mayores esta diferencia es menor que en la edad adulta.
- Grado de dependencia: La ausencia de independencia funcional es un factor relativo de riesgo para el desarrollo de ansiedad. Este hecho se hace más manifiesto en personas que no pueden seguir viviendo en sus casas y han de hacerlo en otros lugares, como es el caso de las personas mayores que ingresan en Residencias. La vida en medios institucionales supondría el extremo de la dependencia, pero otro factor de importante trascendencia es la vida en el domicilio de otro familiar (hijos, hermanos...).
- Grado de intranquilidad económica: Este factor tiene un obvio componente subjetivo, junto con otro objetivo con parámetros más fáciles de medir. Las personas mayores suelen adaptarse bien a los condicionantes económicos que supone la jubilación, pero las personas con fragilidad psíquica se resienten mucho de las situaciones percibidas por ellos como de intranquilidad económica, sea cual sea su situación económica real.
- Déficits sensoriales: La disminución de vista y oído son un claro factor de riesgo para la patología ansiosa, debido a que provoca sensación de inseguridad y un mayor aislamiento social.
- Activación (arousal): Con fluctuaciones, el arousal de cada persona viene definido desde la juventud. Las personas con un mayor arousal, que encuentran más dificultades para relajarse, que son más excitables o irritables, que tienen un sueño más ligero y fragmentado, son más susceptibles de desarrollar síntomas de ansiedad en la vejez, si hay situaciones de descompensación o dificultades mantenidas durante períodos largos de tiempo.
- Contactos sociales: Las personas que han mantenido una conducta introvertida y temerosa y con pocas relaciones sociales se ven desfavorecidas en la vejez. La pérdida de las relaciones les crea un importante sentimiento de indefensión.
- *Locus* de control: Las personas con un *locus* externo de control buscan soluciones a los problemas fuera de sí mismas y tienden a considerar que necesitan del concurso de factores externos o de otras personas para la resolución de los conflictos. En las personas mayores, conforme se van incrementando las necesidades físicas y psíquicas, es fácil que las personas con un *locus* de control externo aumenten su grado de dependencia, lo que ha sido puesto en relación directa con mayores niveles de ansiedad.

2.3.4. Modelos teóricos de los trastornos de ansiedad

Si consideramos los trastornos de ansiedad desde el punto de vista del modelo diatesis-estrés, la propensión genética parece jugar un papel mínimo (Gatz *et al.*, 1996). El trastorno de pánico, que es el que muestra la consistencia más alta con la heredabilidad (Sheikh, 1992), tiene una menor prevalencia en personas mayores comparadas con otros grupos de edad (Blazer *et al.*, 1991).

La vulnerabilidad biológica puede llegar a ser más importante con la edad, en la medida en que los cambios en el sistema de neurotransmisores asociado al envejecimiento cerebral pueden aumentar la predisposición a la ansiedad en personas mayores (Gatz *et al.*, 1996). El decremento relacionado a la

edad en la función noradrenérgica provee un mecanismo biológico plausible (Sunderland, Lawlor, Martinez y Molchan, 1991). Un gran número de trastornos físicos puede producir síntomas similares a los de la ansiedad, y ésta puede ser también un efecto secundario de muchos medicamentos (Cohen, 1991). Y al revés, la ansiedad puede hacer a la gente más vulnerable a las enfermedades físicas, un efecto mediado posiblemente por la activación autónoma (Gatz *et al.*, 1996).

Los modelos psicológicos de la ansiedad enfatizan aquellos mecanismos como la indefensión aprendida o la sobresensibilidad a las reacciones corporales, que son interpretadas catastróficamente. No hay evidencia desde la que inferir diferencias debidas a la edad en vulnerabilidad psicológica, aunque en las personas mayores puede haber una base real para muchas de sus preocupaciones (Gatz *et al.*, 1996).

Respecto a la dimensión del estrés, la ansiedad, al igual que la depresión, ha sido descrita como la respuesta a eventos vitales negativos. No es extraño, a cualquier edad, que existan ansiedad y depresión comórbidas (Kessler *et al.*, 1994), aunque Sheikh (1992) opina que el diagnóstico diferencial puede ser más difícil en personas mayores.

No existe apenas desarrollo teórico y empírico sobre modelos específicos de los diversos trastornos de ansiedad en la edad avanzada. Los trastornos de ansiedad en la vejez constituyen, sin duda alguna, un campo necesario de investigación que excede los objetivos de este trabajo.

2.4. SATISFACCIÓN VITAL

En el campo de la psicología del envejecimiento, el estudio de la satisfacción vital es uno de los que ha recibido mayor atención (Birren y Dieckmann, 1991). La satisfacción vital generalmente se refiere a una evaluación global sobre la propia vida o aspectos de la misma, a partir de comparaciones de las propias circunstancias con las de los otros o con el nivel de consecución de aspiraciones y logros (Bowling *et al.*, 1993).

Por otra parte, el 25% de las investigaciones publicadas sobre el bienestar en general están realizadas con población anciana, por lo que parece ser clara su especial importancia en relación con este grupo de edad (George y Bearon, 1980). Sin embargo, el gran número de trabajos realizados sobre el bienestar psicológico no ha llevado consigo la clarificación de este concepto, así como tampoco un acuerdo en cuanto a su evaluación (Montorio e Izal, 1992). Esto se debe, en gran medida, a la confusión existente en torno al significado de dimensiones normalmente asociadas al bienestar psicológico, como "estado de ánimo", "felicidad", "satisfacción con la vida"... así como a la falta de clarificación de las relaciones entre estas mismas dimensiones y de éstas con el concepto global de bienestar (Liang, 1984).

Los primeros estudios sobre bienestar psicológico tendían a buscar criterios de bienestar externos al propio individuo, especialmente indicadores objetivos de salud mental (Hollingshead y Redlich, 1958). Posteriormente pasó a considerarse el bienestar como un concepto complejo que explicaba cómo las personas experimentan afectivamente su propia vida a lo largo de un continuo que va desde lo más positivo hasta lo más negativo (Okun y Stock, 1987). De esta forma el bienestar psicológico adquiere un carácter subjetivo y, por ello, los teóricos comienzan a utilizar criterios o indicadores de bienestar

que son, a su vez, subjetivos. Entre éstos se encuentran la "felicidad", la "satisfacción con la vida" y el "estado de ánimo", considerados como conceptos subordinados del concepto más general de bienestar (Montorio e Izal, 1992).

A partir de los hallazgos procedentes de los estudios con modelos de ecuaciones estructurales y el análisis factorial confirmatorio (LISREL) se propusieron las siguientes dimensiones del bienestar psicológico: "congruencia", "felicidad", "afecto negativo y afecto positivo" (Lawton, Kleban y Dicarlo, 1984; Liang, 1985; Stock, Okun y Benin, 1986). Estas dimensiones se distinguirían entre sí y podrían ser descritas según dos criterios: naturaleza cognitiva vs. afectiva y tiempo de referencia (George, 1981).

Como puede deducirse de lo anterior, por una parte existe acuerdo en no considerar el bienestar psicológico como una entidad unidimensional sino que, por el contrario, debe entenderse como un concepto complejo y múltiple, como una entidad de orden superior, integrada a su vez por unidades de orden inferior subordinadas al concepto general de bienestar. Por otra parte, parece existir consenso en considerar que el bienestar puede definirse en términos principalmente afectivos, aunque también incluya componentes cognitivos.

En el estudio del bienestar se han utilizado dos tipos de estrategias principales. Por una parte, se ha tratado de determinar qué dimensiones son las que constituyen el bienestar psicológico, para lo que se ha utilizado el análisis factorial. Por otra parte, diversos estudios han intentado examinar el impacto que distintas variables, personales y ambientales pueden tener sobre el bienestar, para lo que se ha utilizado una estrategia de tipo correlacional fundamentalmente, el análisis de regresión (Montorio e Izal, 1992).

Desde la primera estrategia (análisis factorial) los resultados han permitido un gran avance en cuanto al significado e interpretación del concepto de bienestar psicológico. En este sentido, los resultados han sugerido la existencia de dos criterios básicos para dimensionalizar el bienestar: "tiempo de referencia" y "tipo de proceso". Finalmente, han quedado establecidas cuatro dimensiones que compondrían el bienestar: "afecto positivo" (bienestar transitorio de carácter afectivo o emocional), "afecto negativo" (insatisfacción transitoria de carácter afectivo o emocional), "felicidad" (bienestar duradero que incluye principalmente un componente afectivo, aunque también una valoración positiva del mismo), y "congruencia" (bienestar duradero que implica un juicio o valoración global sobre la propia vida). Las diferencias entre las cuatro dimensiones son de difícil precisión y tan sólo pueden distinguirse cuando utilizamos criterios que permiten establecer diferencias sutiles, como el tiempo de referencia o el tipo de proceso psicológico implicado (Montorio e Izal, 1992).

La segunda perspectiva, basada en análisis correlacionales, ha proporcionado interesantes resultados:

- Ha puesto de manifiesto que las dimensiones que componen el bienestar psicológico son semejantes en cualquier edad, así como también, tal como confirman los resultados procedentes de estudios longitudinales, puede decirse que el bienestar experimentado por las personas tiende a ser estable durante la edad adulta incluyendo también la vejez, aunque es necesario matizar que las percepciones de bienestar son sensibles a las circunstancias de la vida (Elwell y Maltbie-Crannell, 1981; George, 1980).

- Las investigaciones que pretenden identificar qué factores influyen en que las personas mayores tengan un mayor o menor sentimiento de bienestar han permitido que hoy se conozca un buen número de ellos, entre los que se pueden destacar la salud (percibida y objetiva), los estilos de vida, la realización de planes hacia el futuro, los estilos de logro, el apoyo social, la depresión y algunos factores sociodemográficos (estado civil, ocupación, ingresos económicos) (Montorio e Izal, 1992).
- La investigación parece indicar que las percepciones subjetivas de las condiciones ambientales en las que vive el anciano son mejores predictores de bienestar que medidas más objetivas de tales condiciones de vida. Aunque también es cierto que las circunstancias más objetivas influyen sobre el bienestar de una forma indirecta mediante su impacto sobre las percepciones subjetivas (Liang, Kahana y Doherty, 1980)

2.5. RESUMEN DEL CAPÍTULO

TABLA 2.1
Resumen del Capítulo 2

	DEPRESIÓN	ANSIEDAD
Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> • 10% de personas mayores en comunidad. • 20-50% de personas mayores institucionalizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor frecuencia que la depresión en personas mayores (aunque se les presta menor atención). • 6% en personas mayores. 10-20% si se tienen en cuenta las formas subclínicas. • Diferencias según el trastorno: el que más prevalencia, el trastorno de ansiedad generalizada.
Relación con el envejecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Feinson (1985): relación positiva. • Otros autores: relación negativa. • Gutland <i>et al.</i> (1983); Bolla-Wilson <i>et al.</i> (1989): no hay relación significativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos: enfermedad física, trastornos mentales, medicación, estrés. • Enfermedad crónica: metabólica, endocrina, cardiovascular, neurológica, respiratoria, consumo y abstinencia de sustancias. • Consumo de medicamentos: anticolinérgicos, neurolépticos. • Demencia: 35% de aumento de pacientes con síntomas de ansiedad en las fases leve y moderada.
Características en personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Más quejas somáticas. • Más conductas de imposición y manipulativas. • Quejas de memoria. • Mayor riesgo de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades físicas: factor principal, con correlación directa con el número y la gravedad de las enfermedades y si éstas cursan con dolor. • Edad: no hay correlación directa con trastornos de ansiedad.

TABLA 2.1

Resumen del Capítulo 2 (Continuación)

	DEPRESIÓN	ANSIEDAD
Características en personas mayores		<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: mayor frecuencia en mujeres en cualquier edad, excepto en personas mayores, que está igualado. • Otros: grado de dependencia, grado de intranquilidad económica, déficits sensoriales, activación, contactos sociales, <i>locus</i> de control.
Modelos teóricos	<ul style="list-style-type: none"> • Diatesis-estrés de Zubin y Spring (1977): al aumentar la edad, aumenta la vulnerabilidad biológica, disminuye la vulnerabilidad psicológica y aumentan los estresores vitales. • Beck (1967, 1979, 1987): la forma en que la persona mayor interpreta su mundo, su pasado y su futuro son determinantes básicos en el origen y mantenimiento de los síntomas de depresión. • Lewinson (1985): la depresión en personas mayores se debe a una baja tasa de refuerzo contingente con las actividades realizadas, que lleva a un decremento de emisión de respuestas y a un estado de ánimo disfórico. • Gotlib y Colby (1987): factores de interacción social como fuente principal que mantiene y fomenta la depresión en personas mayores. • Teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975): las personas que experimentan ausencia de control sobre las consecuencias de su conducta aprenden a verse a sí mismos como indefensos y desarrollan síntomas depresivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diatesis-estrés (Gatz <i>et al.</i>, 1996): enfatiza mecanismos psicológicos como la indefensión aprendida o la sobresensibilidad a reacciones corporales interpretadas catastróficamente. • No hay apenas desarrollo teórico específico para los distintos trastornos.
Dimensiones psicosociales relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Patología física. • Factores sociodemográficos: género, estado civil... • Cambios asociados al proceso de envejecimiento generadores de estrés: modificación rendimiento, cambios familiares, cambios sociales... 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores biológicos: enfermedad física, trastornos mentales, medicación, estrés. • Enfermedad crónica: metabólica, endocrina, cardiovascular, neurológica, respiratoria, consumo y abstinencia de sustancias. • Consumo de medicamentos: anticolinérgicos, neurolépticos. • Demencia: 35% de aumento de pacientes con síntomas de ansiedad en las fases leve y moderada.

FUNCIONAMIENTO FÍSICO Y SALUD

Capítulo 3

3.1. INTRODUCCIÓN. EL ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

La salud es uno de los elementos clave en una vida larga, satisfactoria y competente. Por ello resulta un punto de referencia común para describir el bienestar, así como para juzgarnos a nosotros mismos o a los demás como “mayores”.

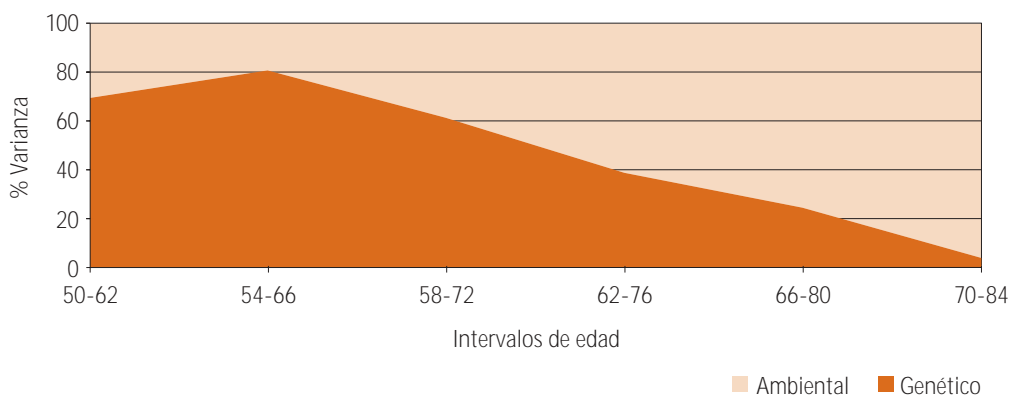
En la vejez, una buena salud es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de poder llevar una vida independiente. Por este motivo la conservación de la salud para poder vivir independiente constituye uno de los principales objetivos y preocupaciones de las personas mayores y de la Gerontología.

Tanto es así que parece claro que, para aumentar la esperanza de vida de las personas mayores de 65 años, la intervención sobre los estilos de vida saludables resulta una acción ineludible.

De hecho algunos autores han trabajado la contribución relativa de los factores genéticos y ambientales según avanza la edad, ante la más que estereotipada afirmación de que en la vejez la enfermedad no se puede prevenir. Por ejemplo, en la serología de los triglicéridos citada en el estudio SATSA-Swedish Adoption/Twin Study of Aging que incluye 300 pares de gemelos con una media de edad de 66 años (Séller, DeFraire, Pedersen, Dahlen y McLean, 1993), se observa cómo la varianza relacionada con factores ambientales y por tanto con los estilos de vida aumenta con la edad. En concreto se observaba una reducción en los coeficientes de heredabilidad de la apolipoproteína B y los triglicéridos (figura 3.1) y para la presión arterial sistólica de .62 en menores de 65 años a .12 en mayores de 65 años.

FIGURA 3.1

Varianza explicada por factores ambientales y genéticos en la serología de los triglicéridos



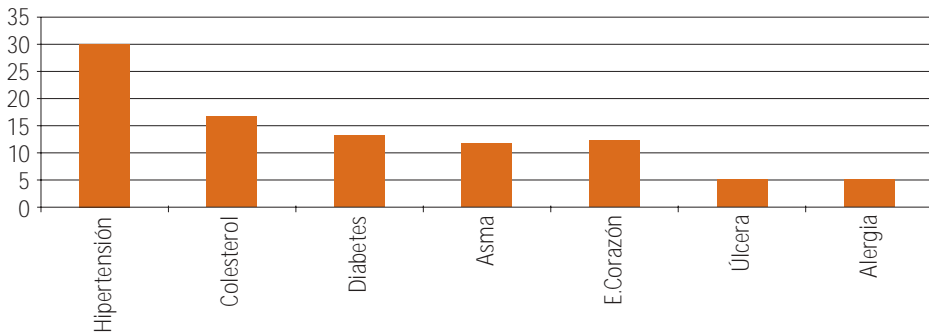
La preocupación sobre la salud de las personas mayores no carece de fundamento. El envejecimiento normal trae consigo una serie de modificaciones físicas internas y externas, así como cambios en las funciones de los órganos y, aunque en general el equilibrio físico se mantiene, el organismo pierde capacidad de reserva. Además, aunque en el proceso fisiológico normal de envejecimiento la capaci-

dad de relación con el medio se mantiene, adaptándose a los parámetros de la edad, en un proceso patológico, por el contrario, dicha capacidad se altera a causa de la enfermedad.

En la figura 3.2 se presentan las enfermedades más frecuentes en la vejez, según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1995. Según esta misma Encuesta, el 41% de las personas mayores informa que su médico no le ha diagnosticado ninguna de las siete enfermedades que se contemplan en el listado; a un 35% se ha diagnosticado una de ellas; a un 16% se le ha comunicado que padecen dos y, finalmente, un 9% afirma que les han sido diagnosticadas tres o más de las enfermedades incluidas en el listado (debe observarse que en el listado no están incluidas todas las enfermedades posibles; por ejemplo, no se incluyen las enfermedades osteomusculares).

FIGURA 3.2

Enfermedades crónicas entre las personas mayores. (Encuesta Nacional de Salud, 1995)



En la mayor parte de los estudios de prevalencia de enfermedades en la vejez, en el grupo de mayores de 65 años, entre un 80 y un 85% tiene al menos una enfermedad crónica (ligadas tanto a la mortalidad, como a la incapacidad y disminución de calidad de vida), y es frecuente la existencia conjunta de dos o más enfermedades crónicas (AAVV, 1997).

El grupo de población de más edad es el que presenta una mayor tasa de incapacidad y de limitaciones de la actividad. Aproximadamente entre un 15 y un 20% de los mayores de 65 años deben restringir sus actividades a causa de limitaciones físicas (AAVV, 1997). Las incapacidades más frecuentes se deben a pérdidas de la movilidad, sensoriales y de comunicación (la tabla 3.1 contiene las habilidades funcionales básicas e instrumentales, habitualmente afectadas en la edad avanzada). Sobre las diez actividades básicas de la vida diaria que se contemplan en la tabla 3.1, el 80% de las personas mayores de 65 años puede realizar todas ellas, aunque para ello pueda ser necesaria alguna ayuda. En cuanto a las quince habilidades instrumentales que se incluyen, el 75% de las personas mayores puede realizar todas ellas, aunque en algunos casos necesite ayuda para hacerlo.

TABLA 3.1

*Capacidades básicas e instrumentales de las personas mayores.
(Encuesta Nacional de Salud, 1995)*

TIPO DE ACTIVIDAD DE VIDA DIARIA (AVD)	AVD	PUEDA HACERLO SIN AYUDA	PUEDA HACERLO CON AYUDA	NO PUEDE HACERLO	NC
BÁSICA	Cortar rebanada de pan	90.3	2.1	1.1	6.6
	Comer	90	2	1	7
	Vestirse, desvestirse y elegir ropa	89.9	2.8	0.7	6.6
	Peinarse (mujer), afeitarse (hombre)	90	2.7	0.8	6.5
	Andar (con o sin bastón)	89.3	3.5	0.7	6.5
	Levantarse de la cama	84.8	3.7	1.3	6.6
	Cortarse las uñas de los pies	72.6	11	9.8	6.6
	Lavarse la cara y parte sup. del cuerpo	88.3	3.6	1.4	6.7
	Ducharse o bañarse	82.6	9.0	1.9	6.6
	Subir diez escalones	81.3	9.0	3.2	6.5
INSTRUMENTAL	Utilizar el teléfono	85.3	5.3	3.3	6.2
	Comprar comida o ropa	82.8	7.0	4.0	6.2
	Utilizar el autobús, metro o taxi	78.4	10.3	4.6	6.7
	Prepararse el desayuno	87.8	3.4	2.4	6.4
	Prepararse la comida	85.3	5.2	2.6	6.9
	Tomar medicinas	87.5	5.0	1.2	6.3
	Administrar dinero	86.0	5.3	2.1	6.6
	Fregar los platos	85.2	4.0	3.5	7.3
	Hacer la cama	81.7	6.8	4.2	7.3
	Cambiar las sábanas	79.5	8.0	4.9	7.7
	Lavar ropa ligera a mano	77.8	6.8	7.0	8.4
	Lavar ropa a máquina	79.6	6.6	5.6	8.2
	Limpiar la casa	75.4	9.1	7.5	7.9
	Limpiar una mancha del suelo	76.7	7.9	7.6	7.8
	Coser un botón	79.8	5.4	6.6	8.2

Concretamente, el grupo de personas mayores de 85 años (que además es el que proporcionalmente está experimentando un mayor crecimiento) presenta más problemas de salud e incapacidad física que cualquier otro grupo de edad.

Así según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (INE, 1999), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, el IMSERSO y la Fundación ONCE, los porcentajes según género y cohortes de edad de discapacidad son los siguientes (tabla 3.2):

TABLA 3.2

Porcentajes de discapacidad en población mayor según edad y sexo

EDAD	% HOMBRES	% MUJERES
65-69 años	17,097	20,728
70-74 años	21,952	29,94
75-79 años	32,516	39,915
80-84 años	42,895	50,073
85 y más años	59,164	65,658

En España, en los últimos dos años se han publicado dos estudios muy interesantes sobre la salud de las personas mayores. El primero se publicó en 1999 y es la comentada Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (INE, 1999) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, el IMSERSO y la Fundación ONCE; el segundo proviene del Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, el título del mismo es "Las personas mayores en España. Informe 2000" (IMSERSO, 2000). Ambos trabajos, resumidamente, marcan un panorama sobre vejez y salud para España en los próximos años (2000-2010) (tabla 3.3) en el que la salud y las cuestiones relacionadas con la misma ocuparán sin duda alguna un lugar destacado. Entre las cuestiones más importantes conviene destacar: aumento de las mujeres que viven solas, aumento de las personas dependientes en general y especialmente de las personas muy mayores, aumento de la prevalencia de problemas asociados a un deficiente funcionamiento afectivo y cognitivo. Asimismo tomarán una gran importancia algunas enfermedades (hipertensión, enfermedades cardíacas y respiratorias) ligadas no sólo a factores endógenos (genéticos), sino también a factores exógenos y, por tanto, a los estilos de vida.

Después de todo lo analizado hasta este momento, cabe decir que el grupo de personas de más de 65 años, en su conjunto, es un grupo que utiliza en mayor medida los servicios de salud y consume más fármacos, que es más vulnerable a las enfermedades y que es un grupo de atención preferente en cuestiones relacionadas con la salud.

TABLA 3.3

Resumen Salud-Envejecimiento entre 2000-2010. Elaboración propia

RELACIÓN AUTONOMÍA DEPENDENCIA	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hombres:</i> Mantenimiento en todas las cohortes de edad de la relación autonomía-dependencia excepto a partir de los 80 y más años que aumenta de manera muy importante. • <i>Mujeres:</i> Mantenimiento, con ligeras variantes, de la relación entre autonomía-dependencia. Al igual que ocurre en el caso de los hombres, hay que anotar que la relación autonomía-dependencia(más personas dependientes) aumenta de manera importante en las franjas de mayor edad. • <i>Relación hombres-mujeres:</i> Mayor coeficiente(más personas dependientes) para las mujeres, que para los hombres en la misma cohorte de edad. Las diferencias aumentan en la medida en que aumenta la edad de las cohortes. Las diferencias son mucho más notables a medida que aumenta la edad, en el cual se ve un proceso claro de aumento de la relación dependencia-autonomía para las mujeres.

TABLA 3.3

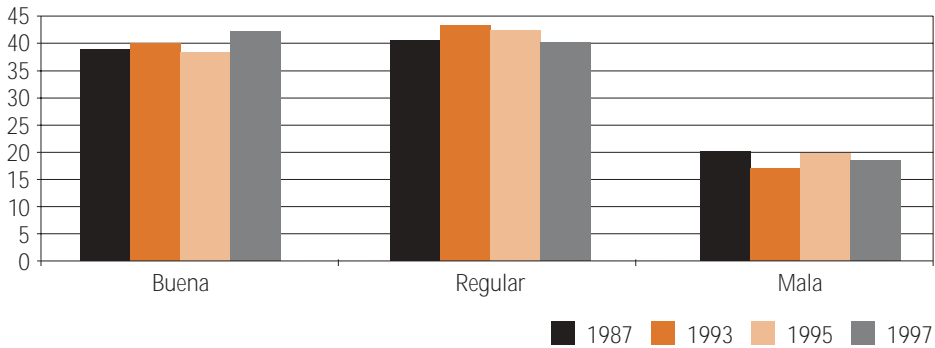
Resumen Salud-Envejecimiento entre 2000-2010. Elaboración propia (Continuación)

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Al igual que en los estudios más importantes sobre demencia, las cohortes de edad más jóvenes y más mayores (65-69 años y 95-99 años) tienen las tasas de prevalencia más bajas. • En general las tasas de prevalencia aumentan entre los 70-74 años y 75-79 años de manera consecutiva. Las personas entre 75 y 79 años tienen las mismas tasas prácticamente que los de 90-94 años. • Las tasas de mayor prevalencia las tendrían los individuos entre 80 y 89 años. • La prevalencia de otros trastornos nmésicos no patológicos aumentan a lo largo de todo el periodo de una manera más o menos regular. • En general el grupo de edad entre 80-84 años sería el más afectado por este tipo de trastornos entre 2000 y 2009. El grupo de edad de 85 a 89 años , encabezaría la prevalencia de demencia en 2010, con un aumento muy rápido a partir del año 2006.
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión: La tasa de depresión en general se mantiene a lo largo de todo el periodo estudiado y aumenta por el lógico aumento de la población. • Distimia depresiva: La distimia depresiva afecta a un número mucho mayor de gente (más a mujeres que a hombres), que el trastorno depresivo. Se ve un aumento de la distimia en el periodo entre 2000 y 2010. • Importancia de la problemática psicoafectiva que se va a dar en los próximos años, con el añadido de su dificultad para el tratamiento de los síntomas y consecuencias, debido al déficits de recursos. • Es factible que se den otras situaciones (falta de apoyo social, soledad, etc.) que agraven dicho problema.
ENFERMEDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Las enfermedades de mayor prevalencia son enfermedades del sistema esquelético (recaltar la importancia de la osteoporosis), hipertensión arterial, problemas cardiacos, reumáticos y respiratorios. • La mayor parte de estas patologías están ligadas, en parte, a los estilos de vida, por lo cual pueden ser objeto de intervención desde la psicología de la salud.
ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades de vida diaria cuya ejecución es más dificultosa en orden de mayor a menor dificultad serán: cortar uñas de pies, andar más de una hora, coser un botón, limpiar manchas, limpiar piso, lavar a mano, lavar a máquina, comprar, cortar pan, fregar, dormir solo a la noche... • Las anteriores actividades de vida diaria están relacionadas con: estilos de vida, psicomotricidad fina, coordinación viso-motriz, temores, etc. , así como factores culturales y biográficos de los sujetos.

Conviene destacar también la valoración que los propios mayores realizan de su estado de salud, que parece ser más positivo de lo que podría deducirse de los datos anteriores (figura 3.3). Según el Informe 2000 (IMSERO, 2000) en el que se comparan las Encuestas nacional de Salud de los años 1987, 1993, 1995 y 1997 la salud percibida de las personas mayores de 65 años mejora:

FIGURA 3.3

Percepción del Estado de Salud en España, 1987-1997. (Las personas mayores en España. Informe 2000. IMSERSO)



En general las personas mayores “quitan importancia” a los síntomas y las molestias que experimentan e informan insuficientemente de ellos. Frecuentemente ven sus enfermedades como algo natural dentro de su proceso de envejecimiento y consideran, al igual que muchos profesionales, las molestias físicas como algo inherente a este proceso, y por tanto se pueden desestimar los intentos de tratamiento. Esto se explica por el enfoque predominante en la formación actual en las ciencias de la salud hacia la curación de las enfermedades, que dejan a las enfermedades crónicas en un segundo plano. Debido a esta situación son comprensibles las actitudes relacionadas con las bajas expectativas acerca del éxito de las intervenciones con personas mayores y la carencia de actuaciones de tipo preventivo con personas de edad avanzada.

3.2. RELACIÓN ENTRE CONDUCTA Y SALUD

Cuando pensamos en conductas saludables y envejecimiento, inmediatamente surgen algunas preguntas:

¿Qué son conductas saludables y conductas de riesgo?

¿Existen beneficios claros asociados a las conductas saludables? Y, ¿son estos beneficios visibles en las personas mayores o se dan únicamente en personas jóvenes y de mediana edad?

¿Qué es lo que motiva a las personas mayores a adoptar y mantener conductas saludables y a evitar o cambiar conductas de riesgo que tengan efectos significativos en la salud?

¿Pueden las personas mayores cambiar sus conductas (por ejemplo, adoptar conductas saludables nuevas de eficacia conocida y abandonar conductas que conllevan riesgos también conocidos)? Y ¿qué puede hacerse desde la psicología de la salud para ayudar a las personas mayores a realizar estos cambios?

Las investigaciones más pertinentes dentro de la interacción entre salud y comportamiento provienen de la medicina conductual, la epidemiología social y la psicología de la salud (Elias, Elias y Elias, 1990;

Maddox, 1987; Siegler, 1990, y Siegler y Costa, 1985). En este sentido, numerosas investigaciones han señalado diferencias en función de cohortes de edad en la salud, en el comportamiento o en ambas.

La relación entre conducta y salud es la esencia de la psicología de la salud, en este caso aplicado a las personas mayores. La relación que se plantea entre conducta y salud es biunívoca: por una parte, la enfermedad tiene gran influencia sobre la conducta (por ejemplo, enfermedades agudas provocan respuestas emocionales y limitaciones en el funcionamiento cognitivo durante diversos momentos del ciclo vital), y por otra, los efectos de la conducta sobre la salud y la posibilidad de mejorar esta última mediante cambios en los hábitos de comportamiento (tabaco, dieta, ejercicio, etc.) han sido objeto de atención durante los últimos años.

Pero, ¿cómo afecta la edad a las relaciones entre conducta y salud? Es necesario recordar que las personas mayores difieren en el estado de salud respecto a los grupos más jóvenes y su comportamiento puede variar en función de los cambios físicos, sociales y psicológicos asociados a la edad. Dicho esto, es lógico que la relación entre conducta y salud se vea afectada en esta edad y además de manera diferencial respecto a otras edades. En este sentido las preguntas clave a responder siguen siendo las mismas: cómo influye la salud sobre el comportamiento y cómo influye el comportamiento sobre la salud, sólo que teniendo en cuenta la edad del colectivo con el cual trabajamos, las personas mayores.

En grupos de pacientes con enfermedades crónicas los síntomas de malestar son menos comunes en personas mayores que en personas más jóvenes en dos estudios transversales (Cassileth *et al.*, 1984; Leventhal, 1984). Cassileth y colaboradores (1984) ofrecen cuatro explicaciones:

1. Las enfermedades crónicas pueden ofrecer ventajas sociales como el aumento de la involucración de otras personas, la cantidad de atención y preocupación recibida.
2. Las personas mayores pueden desarrollar más habilidades específicas para manejar eventos vitales estresantes.
3. Las perspectivas y expectativas de las personas mayores pueden ser más medidas a la hora de adaptarse a la enfermedad.
4. Puede existir una ventaja biológica para las personas mayores, que permite la adaptación a la enfermedad, que está epidemiológicamente asociada con las de esta edad.

No se conocen evidencias claras del primer argumento empleado por Cassileth, sí en cambio coinciden el segundo y el tercero con lo aportado por Neugarten (1974), siendo el principio de la enfermedad crónica en personas mayores más usual en esa parte del ciclo vital y por ello menos disruptivo.

Desde los estudios de Leventhal (1984), Cassileth y colaboradores (1984) y Norris y Murrell (1988) se ha encontrado apoyo científico al segundo razonamiento, en el caso de eventos "no saludables". Otra posible explicación es el efecto cohorte (Deeg, Haga y Yasamura, 1992), debido a que las generaciones más viejas pueden ser más tolerantes a una salud adversa que las más jóvenes, al tener las primeras menor nivel de expectativas.

La primera de las preguntas señaladas al inicio de este epígrafe consiste en qué son conductas saludables y de riesgo. Las conductas saludables son las que pueden mejorar el funcionamiento físico y

psicológico y el bienestar y, en ocasiones, disminuir la vulnerabilidad a la enfermedad y/o enlentecer la progresión de algunas enfermedades. Por otra parte, las conductas de riesgo pueden minar la salud general y causar enfermedad incluso cuando están aumentando la sensación de bienestar actual del individuo (por ejemplo, fumar).

La lista de conductas saludables y de riesgo y el orden de éstas en dicha lista, será diferente según la edad de la población que se considere. Por tanto, algunas conductas pueden conllevar más beneficio o riesgo a edades jóvenes que en personas mayores y otras pueden ser más dañinas o menos beneficiosas en personas mayores.

Pero, ¿cuáles de esas conductas benefician a las personas mayores? Existen beneficios claros para el funcionamiento físico y para la salud, incluso cuando las conductas saludables se han iniciado tarde o cuando las conductas de riesgo se eliminan a edades tardías.

Se han investigado relativamente pocas conductas como preventivas y promotoras de salud en estudios clínicos con metodología exhaustiva. Las más estudiadas son, sin duda, la dieta y el ejercicio físico. Los beneficios del ejercicio físico están claramente establecidos en las personas mayores. Por ejemplo, el ejercicio físico moderado en personas mayores se ha demostrado que mantiene la fuerza y el funcionamiento físico (Fiatarone, O'Neill, Ryan, Clements, Solares, Nelson *et al.*, 1994), que previene secuelas adversas de infartos de miocardio (Blumenthal, Emery, Madden, George, Coleman, Riddle, McKee *et al.*, 1989), que aumenta la esperanza de vida (Hakim, Petrovitch, Burchfiel, Ros, Rodríguez *et al.*, 1998) y que mejora el funcionamiento y disminuye la morbilidad en los últimos años de vida (Fries, 1983). El ejercicio físico también se muestra en los diferentes estudios que es tan efectivo como los tratamientos farmacológicos y la psicoterapia para el tratamiento de personas mayores con depresión clínica (Moore y Blumenthal, 1998).

3.2.1. Efectos del estado de salud sobre la conducta

Existe un reconocimiento social importante de las consecuencias conductuales de los problemas de salud desde hace tiempo, como demuestra el hecho de que exista una regulación laboral y jurídica a este respecto (por ejemplo, prohibición de conducir para las personas con problemas graves de visión o el reconocimiento de la incapacidad laboral por problemas de salud).

En el mundo de la atención e intervención con personas mayores los efectos de la enfermedad en el estado emocional y en la capacidad funcional han sido los más estudiados.

3.2.1.1. Efectos de la enfermedad sobre el estado emocional

A través de diseños de investigación transversales se han comparado los efectos de los problemas de salud crónicos en personas de edades diferentes, hallándose que los individuos de más edad presentan menos sentimientos de temor, ira o vergüenza asociados a la enfermedad que adultos más jóvenes (Leventhal, 1984) y, en general, menos estrés y malestar (Cassileth *et al.*, 1984). En términos generales, parece que las personas mayores manejan mejor que las más jóvenes las enfermedades crónicas, pro-

blemente debido a la mayor experiencia en el afrontamiento de eventos estresantes por parte de las personas mayores, por el mayor desarrollo de habilidades de afrontamiento más eficaces. Juntamente con lo anterior, conviene destacar que en la edad avanzada los problemas de salud constituyen un tipo de situación estresante habitual y, por tanto, esperable o predecible por la persona, por lo que la adaptación resulta más fácil. No obstante, y como han destacado algunos autores (Izal y Montorio, 1999), conviene matizar esta adaptación, puesto que la misma depende de la fase de la enfermedad (durante la fase inicial de adaptación no se han encontrado diferencias en función de la edad) y del tipo de enfermedad (por ejemplo, la adaptación será diferente en la diabetes que en el cáncer).

Los problemas de salud crónicos frecuentemente terminan teniendo consecuencias sobre el estado emocional y generalmente esa consecuencia es la depresión. Este problema, en cambio, parece estar más relacionado con la capacidad funcional de la persona mayor para realizar AVDs que con el número de problemas médicos que padezca. Un análisis interesante es el de cómo la depresión afecta al afrontamiento y adaptación a la enfermedad en personas mayores con enfermedades crónicas. Los estudios que se han realizado en este sentido encuentran que las personas mayores que sufren enfermedades crónicas y además están deprimidas tienen mayores tasas de incapacidad y mortalidad (Sullivan, 1995) y peores resultados en programas de rehabilitación física (López y Mermelstein, 1995).

Por tanto, aunque el hecho de que la pérdida de salud parece tener un menor impacto emocional en personas mayores, estos efectos son más negativos cuando se pierde la capacidad funcional, que a su vez se ve aumentada por la presencia de trastornos emocionales.

3.2.1.2. Efectos de la enfermedad sobre la capacidad funcional

Uno de los mayores problemas asociados a las enfermedades crónicas es que muchas de ellas llevan asociada incapacidad, y esto produce un fuerte impacto en el funcionamiento cotidiano del individuo.

Aunque en los estudios longitudinales se asocian los problemas crónicos de salud a una mayor tasa de incapacidad (Deeg, Kardaun y Fozard, 1996), también es cierto que esa relación entre enfermedad crónica y deterioro funcional no es perfecta.

Kaplan, Strawbridge, Camacho y Cohen (1993), así como Mor, Wilcox, Rakowsky y Hiris (1994) asociaron a un menor índice de capacidad funcional una pobre autopercepción de salud y ciertas condiciones crónicas coexistentes. Hay factores no físicos, que pueden ser individuales y ambientales, que afectan a la trayectoria de incapacidad (Verbrugge y Jette, 1994). Un bajo nivel socioeconómico está asociado a una menor capacidad funcional (Guralnik y Kaplan, 1989; Guralnik y Simonsick, 1993; Hubert, Bloch y Fries, 1993; Kaplan *et al.*, 1993; Lamí, Kivela, Nissineen *et al.*, 1989; Maddox y Clark, 1992). También se ha comprobado que prácticas pobres en cuanto al cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital, así como el acceso limitado al cuidado médico, pueden ser responsables del resultado funcional bajo de personas mayores con bajos ingresos y bajo nivel cultural y educativo; asimismo, los sentimientos de inutilidad y la no participación en actividades sociales pueden estar asociadas a un bajo nivel funcional (Grand, Grosclande, Bocquet, Pous y Albarede, 1988), aunque en general, y la práctica lo confirma, existe una gran heterogeneidad en estas trayectorias de incapacidad.

La pérdida de la autonomía funcional conlleva una serie de consecuencias asociadas, entre las que se destacan la disminución de la autoestima y de la percepción de autoeficacia, del autoconcepto y del bienestar subjetivo. Existe además un problema añadido, que es que la persona que padece la enfermedad necesita de otros para cubrir sus necesidades, por lo que el problema recae también sobre su entorno, generalmente la familia, y el consiguiente efecto sobre ésta (Izal y Montorio, 1999).

Deeg (1989), así como Grand y cols. (1990) y Koyano, Shibata, Haga y Sumaya (1986), encontraron una asociación entre un nivel alto de incapacidad respecto al autocuidado y a las actividades de vida diaria instrumentales, con una mayor mortalidad. En efecto, cambios a través del tiempo en capacidad funcional han explicado más parte de la mortalidad debida a la edad que factores fisiológicos como nivel de glucosa en sangre, presión sanguínea, etc. (Manton, Stallard, Woodbury y Dowd, 1994), aunque en personas muy mayores un menor nivel de severidad de la enfermedad conduce a la muerte más fácilmente que en personas más jóvenes.

La autopercepción de salud puede ser considerada como un resultado global de la medida de las trayectorias de incapacidad. De hecho, la autoevaluación de salud tiene un impacto propio en el curso de la enfermedad: se ha mostrado relacionada con la mortalidad, independientemente de evaluaciones más objetivas de salud, tal como enfermedades crónicas y deterioros (Mosey y Shapiro, 1982). De la misma manera, la incapacidad y el declive funcional se ha demostrado que están asociados directamente con un mayor uso de servicios (Mor *et al.*, 1994) e institucionalización (Reuben, Sui y Kampan, 1992; Williams, 1987; Wolinsky, Callahan, Fitzgerald y Johnson, 1993); en todo caso, hay que tener en cuenta que estas asociaciones pueden estar condicionadas por las redes sociales de los individuos, así como por las autopercepciones (Krause, 1988).

Logan y Spitze (1994) demostraron que las personas mayores que se autoperceben como mayores tienen más probabilidades de usar servicios que los que se consideran jóvenes.

3.2.2. Efectos de la conducta sobre la salud

El comportamiento se ha definido como la dimensión del cuerpo en interacción con el ambiente y el medio socialmente construido (Ribes, 1990). Lo que la persona hace o deja de hacer, percibe, piensa y siente se relaciona con la salud, la longevidad y la calidad de vida (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984). De hecho, uno de los modelos más en boga en estos momentos, como es el de vejez exitosa de Baltes y Baltes, descansa precisamente en esta perspectiva comportamental a través de los mecanismos de selección, optimización y compensación. El concepto de "vejez exitosa" se centra en conocer cuáles son los límites del funcionamiento en la edad avanzada y las condiciones que permiten un mantenimiento del funcionamiento en esa edad, y que se basa en dos conceptos muy importantes propuestos por Baltes y Baltes (1990): la variabilidad interindividual (que recoge la amplia diversidad que existe entre las personas mayores) y la plasticidad intraindividual (que asume la capacidad de aprendizaje de las personas mayores).

Como antes se ha recalcado, Paul y Margret Baltes (1990) propusieron la utilidad de concebir la vejez con éxito como un proceso de optimización selectiva con compensación. En general, se asume que las

personas están inmersas en un proceso continuo de adaptación a lo largo de toda la vida mediante tres procesos que interactúan entre sí: la selección, la optimización y la compensación.

Por selección se entiende el proceso de especialización que se da en diferentes áreas de funcionamiento de un individuo, y que le permite desarrollarse a lo largo de la vida. Implica restricción, ya que cuando se envejece se limitan estas áreas de funcionamiento, pero también significa adaptación, ya que al reducirse se hace más fácil el manejo de las áreas seleccionadas. Ejemplo: las actividades de vida diaria, es decir, el autocuidado y el mantenimiento del hogar, aumentan de importancia en el envejecimiento, ya que para muchas personas mayores se convierte en un objetivo primordial el mantenimiento de su independencia en la comunidad.

La optimización refleja la idea de que los individuos se regulan para funcionar en niveles elevados, eficaces y deseables de ejecución. Es decir, significa que el individuo se mueve en la dirección de procurar el mejor funcionamiento posible en un número concreto de áreas de la vida. Este proceso de optimización se da muy a menudo en personas mayores, por ejemplo, aún cuando el deterioro de algunas habilidades cognitivas ha comenzado (las más biológicamente determinadas), existe un gran nivel de plasticidad en el individuo para mejorar capacidades, incluidas, por supuesto, las capacidades cognitivas.

La compensación hace referencia al proceso que se activa cuando las habilidades de una persona se deterioran como consecuencia de la edad o bien cuando las demandas del contexto aumentan sustancialmente y no es posible alcanzar el estándar de ejecución requerido. Si una persona mayor utilizara estrategias habituales, ello llevaría a resultados negativos, y por este motivo las personas mayores cambian sus estrategias a fin de compensar los déficits. Ejemplo: la compensación implica utilizar elementos de la conducta (ayudas externas de memoria), de la cognición (reglas mnemotécnicas) o tecnológicas (ayudas protésicas). La compensación es un proceso natural que se emplea habitualmente por todas las personas en el transcurso de su vida, y que en la vejez se encuentra especialmente desarrollado debido a la ventaja que supone la acumulación de experiencias y conocimientos en ese grupo de edad (Montorio e Izal, 1997).

Dentro de las relaciones entre conducta y salud en las personas mayores las consecuencias que tienen las conductas sobre la salud conforman el área más investigada. Es necesario todavía conocer qué comportamientos concretos están relacionados con una mejor o peor salud. Existen algunas relaciones establecidas entre determinadas conductas y el estado de salud, aunque habría que aumentar los conocimientos de que disponemos para establecer más correspondencias de estas características.

Existe un notable consenso y evidencia empírica (Reig, Cabrero y Richart, 1996) de que el comportamiento se relaciona con la salud del anciano a través de múltiples vías (Ribes, 1990). El comportamiento es, sin duda, el medio de contacto directo con agentes patógenos y nocivos; indirectamente (ejemplo: el tabaquismo, el grado de actividad física) produce cambios graduales en el organismo que pueden repercutir en la salud, siendo también a través del comportamiento como detectamos y atendemos la aparición de condiciones patógenas en nosotros mismos y en los demás, de tal manera que el reconocimiento de una enfermedad consiste en el grado que dicha interferencia presenta en los hábitos cotidianos de vida (Reig, Cabrero y Richart, 1996).

La importancia de este tipo de conocimientos reside, entre otras cosas, en la posibilidad de implantar y valorar la utilidad de los programas de prevención, ya que tenemos que conocer qué queremos prevenir y mediante la instauración de qué comportamientos es posible su prevención.

3.2.2.1. Prevención de la enfermedad

Actualmente existen dudas acerca de si resulta acertado considerar que los factores de riesgo son los mismos y tienen el mismo impacto en las personas mayores que en personas de edades intermedias (Deeg, 1989). Por ejemplo, un nivel de colesterol elevado no tiene las mismas consecuencias en una persona de 80 años que en una de 35, y lo mismo ocurre con el exceso de peso y con la tensión arterial diastólica, ya que parecen tener un menor impacto como factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en las personas mayores (Sorkin, Andrés, Muller *et al.*, 1992).

La idea central que guía la investigación epidemiológica consiste en encontrar una serie de factores protectores o de riesgo para la salud en el estilo de vida de las personas, y en otros supuestos determinantes de la salud, sobre los cuales intervenir al objeto de prevenir la aparición o exacerbación de los procesos patológicos, o reducir, en general, la morbilidad y la mortalidad. En el campo de la Gerontología, además de estos objetivos, se intenta reducir en la persona mayor el grado de discapacidad y de dependencia, prevenir la ruptura familiar y asegurar su vida en el hogar, mejorando su expectativa de vida y manteniendo una buena calidad de vida (González, Alarcón, Salgado, 1995; Haber, 1994; Kennie, 1993).

Otra cuestión que merece la pena plantearse e investigar es cuál es el efecto que puede esperarse sobre la salud de las personas mayores si se modifican sus estilos de vida. Prácticamente hasta hoy las intervenciones en salud en las personas mayores se han basado casi de forma exclusiva en el tratamiento de las enfermedades ya manifestadas, y apenas en intervenciones preventivas o en actuaciones para la promoción de la salud.

La mejora global de las condiciones de vida y de salud se ha denominado “comprensión de la morbilidad”, cada vez más gente vive más años, y se ha abierto un debate científico entre una concepción optimista versus pesimista de cara a este fenómeno, que todavía está lejos de ser resuelto. Para algunos autores (Fries, 1990), defensores de la comprensión de la morbilidad, vivir más tiempo traerá consigo la puesta en práctica de actividades preventivas y rehabilitadoras, de promoción de la salud y de cambios en el estilo de vida que compriman y retrasen la morbilidad en los últimos años de la vida, de la cual, como han recalcado Deeg *et al.*, (1996) no existe evidencia empírica.

La hipótesis opuesta viene a decir que el tratamiento exitoso de las enfermedades aumentaría el período de incapacidad y dependencia asociado a la mayoría de las enfermedades crónicas (Deeg, Kriegsman y Van Zonneveld, 1994; Guralnik, 1991; Robine y Matthers, 1993), lo cual aumentaría las demandas y necesidades de los servicios sanitarios: la teoría de “vivir más a costa de pasarlo peor” (Reig, Cabrero y Richart, 1996). No obstante, en la revisión de la literatura realizada se ha encontrado alguna evidencia empírica (Manton, Corder y Stallard, 1993) en la que en personas muy mayores se sostiene la hipótesis de la comprensión de la morbilidad, porque se observó que la disminución en habilidades funcionales era menor en el período 1984-1989, que en el de 1982-1984.

3.2.2.2. Promoción de la salud

Los resultados de estudios longitudinales realizados son lo suficientemente concluyentes como para permitir afirmar que la práctica de determinadas conductas de salud (horas de sueño, ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco, obesidad, pautas de alimentación) pueden producir efectos positivos sobre la salud incluso en edades avanzadas (Hansen, 1977; Wiley y Camacho, 1980). En el Estudio Longitudinal de Alameda (Strawbridge, Shema, Balfour, Highby y Kaplan, 1998) destaca la existencia de factores de riesgo de “fragilidad” en las personas mayores, que definen como “un conjunto de problemas y pérdidas de capacidad que hacen que el individuo sea más vulnerable a los desafíos del ambiente”, calificándose como frágil a una persona que tenga problemas o dificultades en dos o más áreas de las siguientes: funcionamiento físico, nutrición, funcionamiento cognitivo y funcionamiento sensorial. Los autores del Estudio han encontrado varios factores predictores de fragilidad (Figura 3.4), de los cuales una buena parte se refiere a hábitos de comportamiento o prácticas de salud.

FIGURA 3.4

*Predictores de fragilidad según el Estudio Longitudinal de Alameda (Strawbridge et al., 1998)
(Tomado de Izal y Montorio, 1999)*

-
- Consumo elevado de alcohol.
 - Consumo elevado de cigarrillos.
 - Inactividad física.
 - Depresión.
 - Aislamiento social.
 - Salud percibida como “regular” o “mala”.
 - Prevalencia de dos o más síntomas crónicos.
 - Prevalencia de uno o más enfermedades crónicas.
-

3.2.3. Factores psicosociales: mediadores entre conducta y salud

Existen diversos factores de tipo psicosocial que influyen y median en la forma en que las personas mayores tienen de comportarse y de actuar ante determinadas situaciones. Es importante conocer su funcionamiento e implicación en la manera que las personas mayores tienen de afrontar la enfermedad y de establecer conductas saludables.

Todo mediador asociado a la edad, y su relación entre comportamiento y salud, debe satisfacer un criterio de dependencia causal. Algunos estudios han mostrado la importancia del control percibido y de la autoeficacia percibida y sus efectos en la salud percibida (Grembowksi, Patrick, Dichr *et al.*, 1993; Seeman y Seeman, 1983), así como en los comportamientos saludables (dieta, ejercicio...).

Dentro de estas variables destacan el control percibido y la autoeficacia, las cogniciones sobre la enfermedad, y las estrategias de afrontamiento y el apoyo social. A continuación se describen los hallazgos más importantes de cada una de estas variables respecto a su implicación en el mantenimiento de conductas saludables y la evitación de conductas de riesgo para la salud.

3.2.3.1. *Control percibido y autoeficacia*

Los efectos del control sobre la salud son diversos y han sido ampliamente estudiados. Los mecanismos que se han descrito para explicar sus efectos son: disminución del estrés, aumento de la consciencia de síntomas, efectos fisiológicos directos sobre el sistema inmune y el sistema neuroendocrino y el aumento de acciones positivas para la mejora de la salud (Rodin y Salovey, 1989).

En las personas mayores concretamente el control puede ser considerado como un mediador en la relación entre salud y conducta, que influye en la percepción de la propia salud y en las conductas de salud (Izal y Montorio, 1999).

Existe otro concepto que ayuda a comprender el papel del control, y es el concepto de "autoeficacia". Se ha comprobado que con el aumento de la edad desde los 55 años hasta los 85 se produce una disminución de la autoeficacia percibida (Bosscher, 1994). Existen razones para pensar que la disminución de este tipo de autoeficacia en las personas mayores está principalmente ligada a la aparición de enfermedades crónicas (Deeg *et al.*, 1996).

Respecto a la autoeficacia se han identificado cuatro fuentes principales: a) experiencias pasadas y presentes; b) la observación de otras ejecuciones; c) influencia social; d) estados psicológicos de excitación (Bandura, 1991). Abler y Fretz (1988) argumentaron que las personas mayores corren el riesgo de tener mensajes negativos para cada una de las cuatro fuentes: a) porque perciben que su ejecución era mejor cuando eran más jóvenes; b) porque es más probable conocer a otras personas que no son capaces de responder adecuadamente a los cambios personales y ambientales; c) porque ven un aumento de dependencia de terceras personas, que les puede conducir a la creencia de que ellos son incapaces de ejecutarlas independientemente; d) porque tienen más experiencias negativas, especialmente cuando están inmersos en algún estado de tipo ansioso. Se ha demostrado (Bosscher, 1994) una menor autoeficacia en grupos de edad entre 55 y 85 años.

En el ámbito de la Gerontología han sido numerosas las intervenciones realizadas para aumentar estas dos variables, el control percibido y la autoeficacia, demostrando los efectos positivos de estos factores sobre la salud y el bienestar de los individuos (Montorio y Carboles, 1999; Rodin y Timko, 1992).

Estos dos conceptos han sido sustituidos por otro que los englobaría, y que es el de "competencia personal" (Wallston, 1992). Se plantea que para que un individuo lleve a cabo determinadas conductas saludables deben cumplirse dos condiciones: que considere que determinados resultados relevantes para él se derivan de un comportamiento específico y que, además, cuenta con la capacidad para llevar a efecto tal comportamiento (Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998).

3.2.3.2. *Cogniciones sobre la enfermedad, representación de la enfermedad y percepción de amenaza*

Existen determinadas creencias del individuo acerca de la enfermedad que pueden afectar a futuros comportamientos hacia el cuidado de su salud, y que por ello pueden considerarse variables antecedentes de las conductas de salud.

En las personas mayores la percepción de la propia salud no sólo está influida por la salud objetiva, sino también por factores sociales (estereotipos, aislamiento...) y psicológicos (en especial, el bienestar subjetivo). Por ello, si los síntomas se perciben como inherentes a la edad e inmodificables, pueden llevar a la persona (y a sus familiares, profesionales...) a aceptar incapacidades que podrían ser tratadas.

3.2.3.3. *Afrontamiento*

El afrontamiento es un importante mediador que puede influir en los niveles hormonales, afectar al sistema inmune o causar de forma directa daños físicos; por otra parte, el tipo de afrontamiento que se ponga en práctica puede influir en la calidad y tipo de cuidado que recibe (Rodin y Salovey, 1989).

En definitiva, a través del afrontamiento la persona mayor se adapta a su situación, compensa posibles pérdidas que se produzcan y adopta un papel activo en el mantenimiento y cuidado de su salud.

Las personas mayores parece que ponen en práctica más estrategias centradas en la emoción, principalmente a través de la modificación del significado de la situación (Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek, 1987). Sin embargo, cuando se trata de problemas de salud, las personas mayores suelen utilizar un afrontamiento centrado en la modificación del problema, poniendo en práctica conductas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, evitando hábitos nocivos y manteniendo un estilo de afrontamiento vigilante y responsivo (Kiyak y Borson, 1992).

Hay que tener en cuenta un aspecto importante, y es que en las personas mayores se dan a menudo otros factores, como el deterioro cognitivo o un ambiente restrictivo, que pueden impedir que el individuo lleve a la práctica las estrategias de afrontamiento que posee (Izal y Montorio, 1999).

3.2.3.4. *Apoyo social*

Es abundante el conocimiento que se posee sobre los efectos del apoyo social en las personas mayores, ya analizado en un Capítulo anterior de este trabajo, por lo que sólo queda señalar ahora que el apoyo social se sabe que favorece una disminución del estrés en momentos de crisis e impide la aparición de la enfermedad, y si el individuo ya está enfermo, puede favorecer su adaptación y su recuperación (Izal y Montorio, 1999).

En conclusión, cabe destacar que la evidencia de que los cambios en los factores psicosociales pueden disminuir la aparición de enfermedades y disminuir la mortalidad, es parecida a la que existe sobre el papel de otros factores de riesgo de tipo biológico, como pueden ser la hipertensión arterial o un elevado nivel de colesterol, por lo que se debe actuar en consecuencia potenciando los planes que actúen sobre estas variables.

3.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Un problema encontrado habitualmente por los profesionales de la salud es que los sujetos, incluso conociendo los efectos beneficiosos y dañinos de sus conductas, tienen problemas a la hora de cam-

biarlas. El desafío consiste entonces en identificar las condiciones que generen la motivación suficiente para iniciar y mantener conductas saludables y disminuir o eliminar las de riesgo en las personas mayores. Hay que investigar si las condiciones implicadas en el mantenimiento de conductas saludables son las mismas que las implicadas en su inicio o si son diferentes (Leventhal, Rabin, Leventhal y Burns, 2001).

Los mismos estudios que muestran el beneficio del ejercicio físico en el fortalecimiento muscular y en el equilibrio muestran también las enormes barreras motivacionales encontradas para que los individuos participen en actividades promotoras de salud (Fiatarone *et al.*, 1994).

Lo mismo ocurre con la adopción y mantenimiento de prácticas dietéticas simples. Además, los estudios han mostrado que, la misma gente que rechaza la adopción de pequeñas alteraciones en su dieta que resultarían beneficiosas para su salud gastan millones cada año en suplementos dietéticos que no poseen una eficacia probada (Consumer Reports, 2000).

Se han utilizado diferentes modelos teóricos para estructurar los estudios que analizan los determinantes de participación y adherencia a conductas saludables, tanto en jóvenes como en personas mayores. Todas las teorías de acción en salud coinciden en que los mecanismos que subyacen la ejecución de conductas saludables implican tanto motivación como planes y habilidades de conducta.

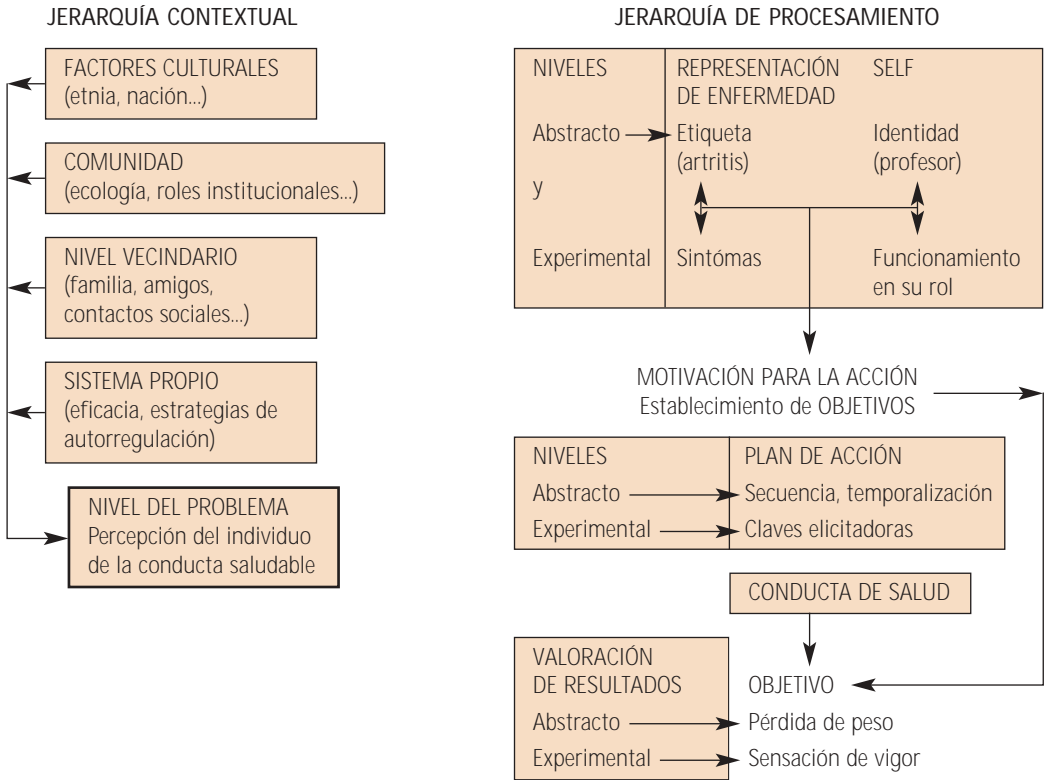
Los modelos de autorregulación parecen ser los que ofrecen el punto de vista más comprehensivo de los factores que resultan importantes para la motivación de las personas mayores (Petrie y Weinman, 1997; Skelton y Croyle, 1991). Uno de estos modelos es el adoptado por Leventhal *et al.* (2001), para explicar jerarquías contextuales y de procesamiento en la autorregulación (Figura 3.5). Según los procesos que explica este modelo, tanto las conductas de salud como las de enfermedad están reguladas por variables motivacionales que implican: a) la percepción de una necesidad de mejora en la propia salud o de evitar una enfermedad, b) la existencia de planes de acción para ejecutar uno o más procedimientos que estén accesibles y sean percibidos como efectivos en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y c) una evaluación del grado en el que la propia conducta se ha movido hacia el objetivo marcado.

Además, según las personas envejecen y tienen más experiencia con la enfermedad, es más probable que se fijen en las implicaciones en la salud que tienen las sensaciones funcionales y somáticas, aumentando así la probabilidad de que esas experiencias motiven conductas saludables (Leventhal *et al.*, 1997).

El objetivo hacia el que mirar actualmente es conseguir que las personas mayores, de forma generalizada, sean agentes de su propia promoción de la salud y se mantengan activas. En gran parte es un reto para las ciencias del comportamiento. Así, la psicología social debe ayudar a transmitir a la sociedad, incluidos todos los grupos de edad, una imagen real de la vejez y de las personas mayores, esto es, una imagen más positiva y realista, y contribuir a que se acepte sin prejuicios lo que es propio de la vejez (Montorio e Izal, 1999).

FIGURA 3.5

Jerarquías contextuales y de procesamiento en autorregulación (Leventhal et al., 2001)



3.4. ALGUNOS ESTUDIOS SOBRE VEJEZ CON ÉXITO Y COMPORTAMIENTO

Guralnik y Kaplan (1989) investigaron factores que se asocian no sólo a una mayor longevidad, sino también aquellos otros que promocionaban una supervivencia con un estado de salud adecuado, para vivir con independencia y con capacidad funcional. Se encontró que las variables predictoras fueron: no ser fumador, tener un nivel alto de ingresos económicos, la raza (aquellos que no eran negros), ausencia de hipertensión arterial, ausencia de problemática articular (artrosis y artritis), ausencia de dolor de espalda, mantener un peso adecuado y el consumo de cantidades moderadas de bebidas alcohólicas. El género no predijo un buen funcionamiento debido, según los autores, a efectos de contrabalanceo: mientras que las mujeres de edad tenían una mayor supervivencia, los varones aparecían con una mayor probabilidad de alto funcionamiento.

Roos y Avenís (1991) entrevistaron durante el año 1971 a una muestra representativa de personas canadienses de entre 65 y 84 años, integrantes del Manitoba Longitudinal Study of Aging; durante los

años 1983 y 1984 entrevistaron a los supervivientes de esta cohorte para detectar los predictores de una vejez con éxito. Se estableció que la categoría "envejecer con éxito" se concretaba en 1983 en: no residir en una institución de cuidados especiales, no haber recibido más de 59 días de cuidados especiales en el hogar durante 1983, estimar su estado de salud como excelente, bueno o regular; no ser dependiente en cualquier AVD, no necesitar silla de ruedas, no necesitar ayuda para salir fuera de casa, ser capaz de pasear y contestar siete o más preguntas de una prueba cognoscitiva de estado mental. Con este criterio se encontró que el 20% de los individuos entrevistados en 1971 había envejecido con éxito en 1983; otro 22,6% estaba vivo pero eran funcionalmente dependientes y el 57,5% restante habían fallecido. Las personas que habían envejecido con éxito eran las que más declaraban un alto grado de satisfacción vital y eran aquellos que habían requerido menos cuidado por parte del sistema de salud. A pesar del gran número de predictores potenciales que se analizaron, únicamente unos cuantos mostraban niveles de significación estadística importantes: la edad, cuatro medidas de estado de salud, dos medidas de estado mental, no haber fallecido la pareja y no haber pasado a vivir en una Residencia. Las variables socioeconómicas (grado académico, tipo de trabajo anterior e ingresos económicos) no fueron predictores significativos, así como tampoco el contacto regular con profesionales sanitarios. A pesar de las carencias metodológicas del estudio (no había mediciones biológicas de funciones como presión sanguínea, ausencia de medición de comportamientos de riesgo ligados a la salud o inactividad física), los autores concluyeron que un porcentaje considerable de personas mayores envejece con éxito. Los ancianos que presentan, en esta línea, un riesgo particular de no envejecer exitosamente son aquellos que han perdido a su pareja, los que califican su estado de salud como malo, aquellos que presentan problemas en su estado mental, los que tienen diagnósticos de cáncer, los que han sido obligados a jubilarse o se han retirado ellos mismos a causa de su estado de salud.

En un estudio francés (Grand *et al.*, 1990) se intentaron identificar diversos marcadores de riesgo de mortalidad en una cohorte de 645 personas de 60 y más años. Al cabo de un seguimiento de cuatro años se produjo un total de 111 muertes, el análisis de riesgos relativos o "RR" (que mide la intensidad de la asociación entre la presencia de un factor y la realización de un evento, siendo la estimación de cohorte la razón entre las tasas de incidencia para el evento cuando el factor está presente y cuando no lo está) mostró la utilidad de una serie de variables ligadas a la mortalidad: el grado de discapacidad funcional (RR=7,75), la percepción del estado de salud en comparación con los demás (RR=3,97), el estado de salud autopercebido (RR=2,47), el grado de confort doméstico (RR=0,52), el grado de actividad física (RR=0,32), el grado de sociabilidad (RR=0,43) y dos preguntas de bienestar subjetivo, el sentimiento de inutilidad (RR=3,52) y la carencia de proyectos para el futuro (RR=2,35). La interpretación aproximada de los valores de riesgo relativo (RR) en epidemiología psicosocial sería: 0-0,3 (beneficio fuerte); 0,4-0,5 (beneficio moderado); 0,6-0,8 (beneficio débil); 0,9-1,1 (ningún efecto); 1,2-1,6 (riesgo débil); 1,7-2,5 (riesgo moderado); 2,6 ó más (riesgo fuerte).

En un trabajo realizado en Barcelona (Alonso, Ruigómez y Antó, 1990) donde se estudió la asociación entre determinadas prácticas de salud y la mortalidad a través de los resultados de una muestra de personas de 65 o más años que habían participado en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Barcelona, y tras un seguimiento medio de 32 meses, 125 de ellas habían fallecido. Con el método de las curvas de supervivencia de Kaplan-Maier (que se utiliza cuando se desea examinar la distribución de tiempos entre dos sucesos, cuando el segundo suceso no ha ocurrido necesariamente, es decir, casos que no

experimentan el evento terminal durante el tiempo de estudio) se observó una supervivencia menor en los varones (mayores de 75 años) y en los que declaraban una mala salud percibida, siendo el hábito tabáquico el que presentaba el valor predictivo más alto de mortalidad.

3.5. RESUMEN DEL CAPÍTULO

TABLA 3.4

Resumen del Capítulo 3

El estado de salud de las personas mayores	Entre el 80-85% de los mayores de 65 años tienen al menos una enfermedad crónica y es frecuente que éstas sean dos ó más. El grupo de personas mayores de 85 años son las que más problemas de salud e incapacidad física presentan.
Relación entre conducta y salud	Conductas saludables: aquellas que pueden mejorar el funcionamiento físico y el bienestar y, en ocasiones, disminuir la vulnerabilidad a la enfermedad y/o enlentecer la progresión de algunas enfermedades. Conductas de riesgo: pueden minar la salud general y causar enfermedad incluso cuando aumentan la sensación actual de bienestar. Las conductas saludables más estudiadas en todos los grupos de edad, incluidas las personas mayores, son la dieta y el ejercicio físico.
Efectos del estado de salud sobre la conducta	La enfermedad tiene efectos sobre el estado emocional, generalmente generando depresión, tanto en jóvenes como en personas mayores. La enfermedad puede disminuir la autonomía funcional, lo que conlleva una disminución de la autoestima y el bienestar subjetivo.
Efectos de la conducta sobre la salud	El comportamiento se relaciona con la salud de la persona mayor a través de múltiples vías: Es el medio de contacto con agentes patógenos. Produce cambios graduales en el organismo que pueden repercutir en la salud. A través del comportamiento también detectamos y atendemos a la aparición de condiciones patógenas.
Factores psicosociales: mediadores entre conducta y salud	Control percibido y autoeficacia: en las personas mayores estas variables influyen en la percepción de la propia salud y en las conductas de salud. Cogniciones sobre la enfermedad: la percepción de la salud en personas mayores no sólo está influida por la salud objetiva, sino también por factores sociales y psicológicos. Afrontamiento: a través del afrontamiento, la persona mayor se adapta a su situación, compensa posibles pérdidas y adopta un papel activo en el mantenimiento y cuidado de su salud.

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

Capítulo 4

4.1. INTRODUCCIÓN

Las funciones cognitivas permiten recibir la información del entorno, procesarla, memorizarla y disponer de ella para su utilización posterior. Las funciones principales son la percepción, atención, concentración, orientación, cálculo, memoria, lenguaje, razonamiento y juicio.

Las funciones cognitivas son esenciales para el mantenimiento de la autonomía, es decir, para que un individuo pueda ajustarse a su medio e interactuar con él. El análisis y la evaluación del funcionamiento cognitivo entre las personas mayores tiene gran relevancia ya que permite establecer si un determinado déficit intelectual es producto de un declive normal del funcionamiento intelectual o si se trata de un deterioro patológico sea éste irreversible o no. De esta forma, el concepto de funcionamiento intelectual se vincula estrechamente al concepto de deterioro cognitivo.

Por deterioro cognitivo se entiende la disminución del rendimiento de las capacidades cognitivas (Bermejo y Del Ser, 1993). Cuando este deterioro cognitivo persiste en varias funciones mentales (memoria, lenguaje, abstracción, orientación, reconocimiento de estímulos...) y provoca alteraciones funcionales en el ambiente sociofamiliar y/o laboral del paciente, se puede usar el calificativo diagnóstico de demencia (Bermejo y Del Ser, 1993; OMS, 1996), denominación que no trata de una enfermedad concreta sino de un síndrome definido por el deterioro intelectual.

En lo que se refiere a cuestiones epidemiológicas para conocer el alcance del deterioro cognitivo, la mayor parte de los estudios no sólo tratan éste, sino que incluyen también la demencia. En cuanto a los estudios de prevalencia de demencia, se observan resultados muy dispares, si bien la integración de éstos es difícil debido a la gran diversidad de métodos usados en estos estudios (Lobo *et al.*, 1995)

La prevalencia de la demencia en mayores de 65 años fluctúa de entre un 2,5 y un 16%. En el caso de estudios españoles y sobre muestras más reducidas, la prevalencia se sitúa entre un 5,2 y un 16,3%, bastante similares a las producidas en otros países (Fernández-Ballesteros y Díez, 2002).

A la hora de analizar la calidad de vida de los individuos parece ser esencial observar cómo influye el funcionamiento cognitivo en ella. En este Capítulo se va a profundizar en qué son las funciones cognitivas y describir someramente los contenidos e ideas principales que sobre las mismas señalan los autores más relevantes.

4.2. ORIENTACIÓN

La orientación se define como la conciencia de uno mismo en relación a lo que le rodea y requiere una consistente y eficaz integración de atención, percepción y memoria.

Un deterioro en una función particular de percepción o memoria puede llevar a déficits específicos de orientación. Así es probable que personas con problemas leves o transitorios de atención o retención resulten en un deterioro global de la orientación. Su dependencia de la interacción e integración de muchas actividades mentales diferentes hacen que la orientación sea extremadamente vulnerable a

los efectos de las disfunciones cerebrales y, por tanto, sea un componente cognitivo clave en la vida y ajuste de las personas mayores a su ambiente.

Los déficit en la orientación están entre los síntomas más frecuentes de los trastornos cerebrales, y de éstos, el deterioro de la orientación temporal y espacial son los más comunes, que se suelen hacer presentes cuando la atención o la retención está significativamente afectada en una persona. Por el contrario, la pérdida de orientación personal es menos frecuente y puede encontrarse, por ejemplo, en fases avanzadas de la enfermedad de Alzheimer.

No es difícil comprender la fragilidad de la orientación en tiempo y espacio, ya que ambas dependen de dos factores, continuidad de la orientación y la traducción de la experiencia inmediata a las memorias de duración suficiente para mantener esa orientación en la historia personal (Lezak, 1995).

La desorientación espacial y temporal ocurre típicamente en trastornos que implican afectación cortical difusa (demencia tipo Alzheimer, síndromes cerebrales agudos, o lesiones cerebrales bilaterales), lesiones en el sistema límbico (síndrome de Korsakoff), o daño en el sistema activador reticular (perturbaciones de la conciencia).

En cambio, cuando los déficits cognitivos o atencionales son relativamente leves, la orientación todavía puede estar intacta. Por tanto, mientras que el deterioro de la orientación en sí mismo puede sugerir claramente una disfunción cerebral, la buena orientación no es evidencia de competencia atencional o cognitiva (Varney y Shepherd, 1991).

La evaluación de la orientación en tiempo, espacio y persona está generalmente contemplada en los exámenes del estado mental. Las preguntas sobre la orientación del sujeto en tiempo, lugar y datos personales básicos como nombre, edad o estado civil, es parte de todos los exámenes de estado mental estandarizados y de la mayoría de las baterías de memoria (sección de orientación del test de memoria de Rivermead, test de orientación e información de la Escala de Memoria de Weschler).

La orientación en tiempo, espacio y persona puede evaluarse también de una manera más natural, preguntando a los sujetos en una conversación más informal. Aunque los pacientes con demencia o estado de desorientación más grave pueden responder sin alarmarse o mostrar ansiedad ante las preguntas de orientación, los pacientes que están en alerta porque sospechan de su propio estado mental pueden sentirse insultados por la simplicidad de las preguntas sobre quién es, dónde y cuándo está (Lezak, 1995).

4.3. ATENCIÓN

Aunque se reconoce que una atención adecuada es el prerrequisito para una ejecución óptima en tareas cognitivas, las relaciones entre la atención y otras facetas de la cognición no están suficientemente claras. Parte del problema en el estudio de la atención es que hay términos específicos como "vigilancia" y "flexibilidad", que a menudo se usan de maneras diferentes; tampoco hay una taxonomía aceptada para los distintos tipos de procesos atencionales. Stankov (1988) señala que hay al menos seis tipos de atención que han sido examinados en diferentes estudios:

- Concentración (o atención sostenida): capacidad para aplicar el esfuerzo mental de una forma mantenida.
- Búsqueda (o velocidad perceptual): capacidad para encontrar una señal determinada entre una gran cantidad de señales similares.
- Atención dividida: capacidad para hacer dos tareas diferentes a la vez.
- Atención selectiva: capacidad para atender a una señal particular e ignorar otras señales potencialmente intrusivas.
- Cambio atencional (o flexibilidad atencional): capacidad para cambiar la atención de un grupo de estímulos en una tarea demandante a otro grupo de estímulos relevantes.
- Vigilancia: capacidad para detectar señales que ocurren raramente a lo largo de un período prolongado de tiempo.

Estos diferentes y variados componentes de la atención pueden estar afectados por el envejecimiento de diferentes formas. Así mientras que un grupo de investigadores han propuesto que los cambios atencionales pueden contribuir a otras pérdidas cognitivas en las personas mayores (Botwinick y Storandt, 1974; Hasher y Zacks, 1979; Layton, 1975; Rabbit, 1979), las interpretaciones específicas varían y las conclusiones se han basado a menudo en test de laboratorio con estímulos no-familiares para los sujetos que dificultan la interpretación de los cambios atencionales durante el envejecimiento (La Rue, 1992).

Stankov (1988) ofrece un interesante estudio de la atención durante el envejecimiento. Con una muestra de 100 sujetos, con al menos 20 en cada década de edad en un intervalo de 20 a 70 años, realizó una batería extensa de medidas psicométricas y experimentales incluyendo el WAIS-R, nueve tests adicionales que medían tanto inteligencia fluida como cristalizada, y 11 tests de atención. Mediante análisis factorial para determinar la relación entre los diferentes aspectos de la atención y los componentes de la inteligencia, identificó ocho factores de primer orden, de los cuales tres fueron los esperados inteligencia fluida, inteligencia cristalizada y adquisición y recuperación a corto plazo, y tres (búsqueda, concentración y flexibilidad atencional) fueron dimensiones claramente atencionales. Al hacer los análisis de intercorrelaciones de factores de segundo orden emergieron dos factores: inteligencia cristalizada y un factor definido por la combinación de constructos atencionales, inteligencia fluida y adquisición y recuperación a corto plazo. Las tareas atencionales fueron en este análisis identificadas como pertenecientes al dominio de la inteligencia fluida. Como se esperaba, la inteligencia fluida mostró una correlación negativa con la edad ($r = -.31$), mientras que la cristalizada correlacionó positivamente ($r = .27$). Se observaron asimismo asociaciones negativas con los tres factores atencionales, con rangos de la magnitud de la correlación de .43 a .48. Para examinar cómo los cambios atencionales pueden haber afectado a los diferentes factores de inteligencia se usaron correlaciones parciales.

Stankov interpretó estos resultados como un evidente indicador de que los cambios relacionados con la edad en inteligencia fluida y cristalizada son dependientes de los cambios en procesos atencionales, especialmente en flexibilidad atencional, concentración y búsqueda. Estos datos sugieren que si las personas mayores utilizaron los recursos atencionales tan eficientemente como las personas más jóvenes, muchos de los declives del envejecimiento que se muestran en factores de inteligencia serían eliminados.

Estos resultados ilustran la importancia de la especificidad al examinar las capacidades atencionales y al interpretar los efectos de los cambios atencionales en otros aspectos de la ejecución cognitiva. Desafortunadamente no hay pruebas clínicas bien desarrolladas para evaluar las diferentes funciones atencionales, y por tanto esta área de funcionamiento cognitivo se evalúa a menudo de manera superficial (La Rue, 1992).

4.4. MEMORIA

Todos los modelos teóricos sobre las diferencias debidas a la edad en memoria parten de la suposición de la existencia de limitaciones en los recursos cognitivos de las personas mayores, planteándose esta idea desde diferentes puntos de vista, si bien existen dos tipos de conceptualizaciones o teorías básicas:

- a) La primera asume que hay diferencias debidas a la edad en la eficiencia de procesamiento, al producirse diferencias en el conjunto de los recursos de memoria.
- b) La segunda asume que hay diferencias debidas a la edad específicas de las variadas estructuras o sistemas de memoria, y el objeto de las investigaciones es determinar si los diferentes sistemas son afectados diferencialmente por el envejecimiento.

Asimismo, existen básicamente dos estrategias de investigación diferenciadas para poder entender las diferencias debidas a la edad respecto a la memoria:

1. Un primer método se ha basado en manipular tareas o estímulos con distintos grupos de edad y ver las diferencias a nivel estadístico entre las variables manipuladas y la edad. Se encuentran, en general, diferencias en unos componentes de memoria y no en otros, o mayores diferencias en unas variables en función de la edad que en otras, siendo el objetivo principal determinar qué aspectos específicos de la memoria están relacionados con la edad y cuáles no. Desafortunadamente los mecanismos cognitivos responsables de las interacciones son habitualmente inferidos, al ser escasos los estudios que incluyen medidas independientes de los constructos explicativos.
2. Una segunda estrategia es la que habitualmente emplea, o ha empleado, técnicas correlacionales y de diferencias individuales, habiéndose éstas utilizado de manera prevalente cuando se han examinado procesos cognitivos complejos, como son la inteligencia o el razonamiento. Recientemente los investigadores sobre temas relacionados con la memoria en laboratorios han utilizado procedimientos de control estadístico en investigaciones sobre diferencias individuales, para identificar mecanismos cognitivos responsables de la varianza debida a la edad en la ejecución de la memoria. Se han desarrollado, en este sentido, medidas independientes de mecanismos potenciales que se utilizan para predecir la varianza relacionada con la edad en diferentes tareas de memoria.

El objetivo de las investigaciones tradicionales ha sido encontrar condiciones que aporten evidencia sobre la existencia de diferencias en la clasificación de los efectos de la edad, siendo el "santo grial" de estas investigaciones el encontrar las condiciones de memoria que no producen diferencias debidas a la edad.

En este sentido se observan grandes cambios desde los primeros resultados de este tipo de investigaciones hasta la actualidad. Por ejemplo, en las primeras investigaciones no se encontraron diferencias debidas a la edad en memoria implícita, que posteriormente (Hultsch, Masson y Small, 1991), y utilizando muestras más amplias, se vio que sí existían. El gran problema de este tipo de investigaciones es que la memoria es demasiado compleja para ser catalogada con simples interacciones entre dos variables (Smith, 1996) y, a menudo, las conclusiones se modifican al introducir otros factores que atenúan o amplían los efectos de la edad.

En lo que respecta a investigaciones sobre diferencias individuales y a través de varios métodos de control estadístico, se han intentado identificar factores que puedan dar una medida de la varianza debida a la edad en tareas de memoria. Se han trabajado medidas independientes de algunos constructos teóricos que asumen la existencia de diferencias debidas a la edad, con respecto a la memoria, y que covarían con la ejecución de las tareas de memoria a realizar en las diferentes investigaciones. Asimismo, se han utilizado técnicas de análisis de regresión para observar si las diferencias debidas a la edad en la ejecución de tareas de memoria permanece después de que haya sido controlada la varianza asociada al constructo con que se está trabajando (Salthouse, 1994). Desde este tipo de investigaciones se han utilizado habitualmente análisis de regresión, modelos de ecuaciones estructurales con variables latentes para determinar si los factores incluidos median en las relaciones entre edad y ejecución en las tareas de memoria (Linderberger, Mayr y Kliegl, 1993).

Recalcar, no obstante, que el empleo de las técnicas citadas anteriormente es relativamente nuevo y se utiliza generalmente para relacionar factores cognitivos (habilidad verbal, memoria operativa, etc.) y factores no cognitivos (salud, educación, etc.) con diferencias debidas a la edad en memoria, así como para determinar cómo diferentes tareas y estímulos están relacionados con posibles mecanismos de memoria subyacentes, siendo imprescindible un grado de fiabilidad y validez mínimo de las medidas usadas para operativizar los constructos estudiados.

De lo anteriormente señalado y siguiendo una revisión "pesimista" realizada por Light (1991), conviene destacar lo siguiente:

- a) La tendencia general a colocar las diferentes hipótesis de trabajo como opuestas unas de otras no debe ocultar que las similitudes son, en todo caso, mayores que las diferencias.
- b) Entre las personas mayores se dan déficits en recursos de procesamiento, probablemente debidos, o a una reducción de la eficacia de la memoria operativa, o a fallos de inhibición, o por ambos motivos conjuntamente, incluyéndose la velocidad de percepción como un mecanismo primario de esas dificultades de procesamiento.
- c) La importancia de un procesamiento efectivo para usar de manera eficiente la memoria operativa hace suponer que la posible reducción de recursos haga más dificultoso el procesamiento intencional, pero no afecte al procesamiento automático.
- d) Los problemas relativos al procesamiento intencional en personas mayores se pueden interpretar suponiendo que las personas mayores pueden tener más problemas en integrar el contexto y en codificar autoiniciadamente procesos semánticos, importantes para un recuerdo efectivo.
- e) El apoyo ambiental puede compensar las deficiencias en el proceso anterior.

- f) Destacar, asimismo, la existencia de problemas en la evaluación independiente de varios de los constructos.

Según se conceptualice la memoria, se determina cómo se enfocan, tanto teórica como empíricamente, cuestiones importantes de investigación que tienen que ver con las diferencias debidas a la edad.

Schacter (1992) previno hace tiempo contra la tendencia de postular más y más sistemas de memoria. No obstante, parece ser que su deseo no ha sido cumplido y, como recalca Smith (1996), en los últimos seis años el 34% de todos los artículos publicados en *Psychology and Aging* y en los *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* corresponden a estudios relacionados con memoria y envejecimiento, lo cual parece algo excesivo.

A modo de resumen, e intentando que el deseo de Schacter se cumpla en cierta medida, los principales resultados que se han encontrado en torno a la existencia o no de diferencias debidas a la edad en los diferentes aspectos de la memoria, bien sean sistemas o procesos, son los siguientes:

1. Siguiendo la conceptualización centrada en las diferentes estructuras o sistemas de memoria:

- a) Se han encontrado diferencias debidas a la edad con respecto al desempeño de tareas de memoria en: memoria sensorial (siempre que existan déficits sensoriales) (Poon, 1986), memoria operativa (Salthouse, 1991; Salthouse y Babcock, 1991; Wingfield, Stine, Lahar y Aberdeen, 1988; Dobbs y Rule, 1989), memoria episódica (Cohen, 1986), memoria semántica, memoria de reconocimiento (MacKay y Burke, 1990), memoria para recuerdo de material no-verbal, como caras (Crook y Larrabee, 1992) o de mapas (Lipman y Caplan, 1992), y memoria prospectiva.
- b) No existen diferencias debidas a la edad o éstas son muy escasas en: memoria primaria (siempre que los elementos sean enteramente percibidos y no sea necesaria manipulación de información u organización del material) (Craik, 1994; Poon, 1985), memoria procedimental, memoria para actividades o acciones (siempre que el recuerdo intencional sea mínimo) (Kausler, 1994; Smith, 1996), y memoria prospectiva (siempre en función de la complejidad de la tarea) (Mc Daniel y Einstein, 1993; Maylor, 1993).

2. Siguiendo la conceptualización centrada en los recursos de procesamiento:

- a) Existen diferencias debidas a la edad si se necesita emplear grandes recursos de procesamiento (Jacoby, 1991; Salthouse, 1988), si disminuye el apoyo ambiental (Craik, 1994), si las tareas incluyen procesamiento intencional, si el recuerdo debe ser intencional, si se deben integrar contextos intencionalmente (Burke y Light, 1985), si aumentan los fallos de inhibición (Hasher y Zacks, 1988), si disminuye la velocidad de percepción (Myerson, Hale, Wagstaff *et al.*, 1990) y de procesamiento (Salthouse y Coon, 1993), si disminuye la reducción de la capacidad en general y de codificación en particular (Craik y Jennings, 1992) y si aumenta la complejidad de la tarea.
- b) Parece que no se dan diferencias debidas a la edad en almacenaje, aunque se ha constatado que los recuerdos autobiográficos son más vagos en personas mayores (Holland y Rabitt, 1990).

Saliéndose un poco de este enfrentamiento entre las dos posiciones teóricas predominantes, existen otras hipótesis que atribuyen las diferencias en la ejecución de tareas de memoria a diversos factores distintos de la edad. Existen variables que pueden correlacionar con la edad y que podrían influir en la memoria, como son: educación, salud, metamemoria, experiencia diaria o motivación, entre otros. Algunos autores, sin embargo, han destacado que dichos factores no explican una porción significativa de la varianza debida a la edad en la ejecución de tareas de memoria (Smith, 1996).

En este sentido, parece claro que a medida que aumenta la edad, aumenta la probabilidad de tener problemas de salud, y dichos problemas de salud pueden ser la causa de los déficits de memoria, más que la edad en sí misma. Salthouse (1991), en una revisión de estudios que incluía nivel de salud y cognición, no encontró evidencia de una atenuación de la capacidad cognitiva relacionada con la edad, habiendo sido estadísticamente controlado el nivel de salud.

Otras investigaciones sugieren que incluso cuando las tareas de memoria han sido diseñadas para evaluar sólo tareas cotidianas muy relevantes, la edad sigue siendo la variable más predictora de una lista de variables que medían diferencias individuales (West, Crook y Barron, 1992). De hecho (Salthouse, 1991) se aportó una lista de 35 tareas cotidianas válidas ecológicamente, en las que las personas mayores tienen peores puntuaciones que los jóvenes.

Algunos autores han comprobado que la metamemoria (conocimientos y actitudes sobre la memoria) no ofrece diferencias en el desempeño de la memoria como se ha comprobado en diferentes trabajos (Ligth, 1991; Salthouse, 1991); mientras que en otros estudios se ha comprobado que la autopercepción del declinar de la memoria es un potente correlato del declive de la misma (Taylor, Miller y Tinklenbey, 1992).

Algunos estudios han señalado efectos positivos de programas de ejercicios en funciones cognitivas (Dustman, Emmerson y Shearer, 1994; Molloy, Delaquerriere-Richardson y Grilly, 1988; Rikli y Edwards, 1991), mientras otros no lo han demostrado (Blumenthal *et al.*, 1989; Blumenthal *et al.*, 1991; Madden, Blumenthal, Alen y Emery, 1989), como también ha señalado Albert (Albert *et al.*, 1995).

Igualmente se han demostrado efectos positivos del entrenamiento en habilidades cognitivas o en diferentes constructos entrenados, aunque estas habilidades no aparecen a la hora de generalizar a cualquier actividad si no han sido específicamente entrenadas (Schaie y Willis, 1986; Sachie, Willis, Hertzog y Schulenber, 1987; Willis, 1989; Willis y Schaie, 1986).

4.5. LENGUAJE

El lenguaje es sin duda una de las funciones cognitivas más relevantes y complejas del ser humano y aunque su estudio no es precisamente sencillo, su importancia ha sido constatada desde los principios de la Psicología y las ciencias del comportamiento.

En el ámbito estrictamente gerontológico y en lo relativo al lenguaje de las personas mayores se puede afirmar que la mayor parte de las personas mayores mantienen la capacidad de utilizar el lenguaje en

niveles óptimos de funcionamiento, aunque tiene ciertas características “asociadas” a la edad. Así pues, la mayor parte de las personas mayores no tienen problemas con el lenguaje, como ocurre en general con el funcionamiento cognitivo, pero sí que existen cambios relacionados en el mismo con el proceso de envejecimiento.

El lenguaje es una capacidad que se ve influida y afectada por otras variables, que en diferente medida se encuentran afectadas en las personas mayores, siendo una de estas variables la capacidad sensorial. Desde un punto de vista biológico se puede afirmar que aunque las pérdidas sensoriales se producen en los diferentes sentidos, el déficit auditivo es el más generalizado en las personas mayores (Ryan, Giles, Bortolucci y Henwood, 1986), lo que puede producir problemas en la comprensión oral, así como reducción en la capacidad de comunicación.

Como se ha señalado anteriormente, en la vejez se encuentra especialmente afectada la capacidad de procesamiento (Hayflick, 1987), lo cual tiene un efecto directo en todos los procesos cognitivos, especialmente en la memoria operativa y la capacidad atencional; lo que a su vez repercute en la comprensión verbal, en el mantenimiento de una conversación o en la producción de oraciones complejas.

Aunque las personas mayores conservan el lenguaje, se resume de las investigaciones realizadas que éste tiene unas características especiales en esta edad, que están en gran medida en relación con el resto de los aspectos del funcionamiento cognitivo de las personas mayores. En la vejez normal, al margen de posibles alteraciones específicas (afasias, disartrias y demencias), se produce una afectación del lenguaje (Juncos, 1998). Numerosos estudios proporcionan datos a favor de esta hipótesis, y que afecta tanto al léxico (Borod, Goodglass y Kaplan, 1980; Bowles y Poon, 1985; Crook y West, 1990), como a la sintaxis (Emery, 1986; Kemper, Kynette, Rash, O'Brien y Sprott, 1989; Obler, Fein, Nicholas y Albert, 1991), así como a la organización del discurso (Holland y Rabbit, 1990; Juncos, 1992, 1996; Ulatowska, Cannito, Hayashi y Fleming, 1985), si bien no se habla de un problema estrictamente de lenguaje, sino de otros componentes cognitivos que interfieren en el funcionamiento de éste.

Juncos (1998) ha señalado que con la edad lo que se produce es un deterioro de uno de los sistemas centrales, la memoria operativa, que afecta a todos los aspectos del lenguaje, especialmente a los procesos más complejos. La hipótesis de Juncos se basa en dos ideas clave:

- a) Las alteraciones del lenguaje en la vejez normal no afectan a los módulos (siguiendo la distinción entre sistemas modulares y centrales hecha por Fodor (1980)), y por tanto, a diferencia de las afasias, no son selectivas de dominio (que afectan al lenguaje como sistema modular fonológico, sintáctico y léxico-semántico);
- b) por otra parte, esas alteraciones del lenguaje afectan al sistema atencional y de control, especialmente los procesos atencionales y de inhibición que implican selección, planificación y supervisión. Es decir, afectan especialmente a los aspectos del lenguaje en los cuales la capacidad de memoria operativa es más necesaria: acceso al léxico, comprensión y producción de oraciones complejas y comprensión y producción del discurso (Juncos, 1998). Dicho de otro modo, los posibles problemas de lenguaje vendrían derivados de problemas en la memoria operativa y no de un deterioro propio del lenguaje.

A continuación, siguiendo a Juncos (1998), se ofrece una explicación más amplia de cada uno de los aspectos del lenguaje afectados en las personas mayores.

a) Léxico: Profundizando en lo anterior, respecto al léxico, los estudios en personas mayores han encontrado tres fenómenos distintos:

- El vocabulario pasivo aumenta o se mantiene: las personas mayores reconocen y comprenden tantas o más palabras que los jóvenes, dependiendo del nivel cultural (Schaie, 1980; Wingfield, Aberdeen y Stien, 1991).
- Existen dificultades importantes en el acceso al léxico: problemas para encontrar la palabra adecuada para nombrar objetos (Obler y Albert, 1984), incremento de los episodios "punta de la lengua" (Burke, Whorthey y Martin, 1988; Burke, MacKay, Whorthey y Wade, 1991), problemas para encontrar la palabra adecuada a una definición (Bowles, 1989; Bowles y Poon, 1985, 1988) o dificultades en el recuerdo de palabras (Crook y West, 1990).
- El conocimiento conceptual no parece que se deteriore con la edad, sino que al parecer mejora en las personas mayores (Bayles y Kasniak, 1987).

Todo parece indicar, por tanto, que las dificultades léxicas en las personas mayores responden más a un problema de ejecución que de competencia (Juncos, 1998). El conocimiento se mantiene tanto desde el punto de vista conceptual, como semántico y fonológico. Lo que se observa es una dificultad para acceder a este conocimiento que se manifiesta en una incapacidad para encontrar nombres (especialmente nombres propios o poco frecuentes), en un aumento de los tiempos de reacción y en un uso de paráfrasis como estrategia compensatoria.

Estas dificultades pueden diferenciarse de otros déficits en el léxico que tienen lugar en ciertos estados patológicos, como en las demencias o en las afasias, y que sí representan una alteración de la competencia (Juncos, 1998).

En las personas mayores los problemas de vocabulario se parecen más al típico fenómeno de la punta de la lengua, que tiene que ver no con la disgregación o ausencia de la palabra correspondiente, sino con la selección de la adecuada.

Los problemas de denominación en personas mayores, al igual que los fenómenos "punta de la lengua" y algunos casos de anomia, se podrían deber a una alteración no selectiva que afectaría al sistema atencional, de control ejecutivo (Baddeley, 1986, 1990; Shallice, 1988). Se considera una alteración no selectiva porque, a diferencia de otros casos de anomia con parafasias fonémicas, no hay alteración en el procesamiento en el nivel del lexicón fonológico, sino en el acceso a éste (Juncos, 1998). Esta alteración se correspondería con algún tipo de déficit en el sistema atencional supervisor o de control, que dificultaría la selección del ítem correspondiente (Juncos, 1998). Como ya hemos visto, parece que la mayoría de los problemas que se encuentran en el lenguaje de las personas mayores son consecuencia del déficit de memoria operativa y capacidad atencional.

b) Sintaxis: Otra de las características encontradas en el lenguaje de las personas mayores estaría en torno a la sintaxis. En los estudios realizados sobre las capacidades sintácticas de las personas mayores se han descrito dificultades en la comprensión (Borod *et al.*, 1980; Emery, 1986; Obler *et al.*, 1991), repetición y uso espontáneo de oraciones complejas (Kemper, 1988; Kemper *et al.*, 1989).

- c) Discurso narrativo: El último de los procesos en los que se han encontrado diferencias debidas a la edad es en el discurso narrativo. En diversas investigaciones se ha encontrado que entre las personas mayores existen importantes dificultades para comprender y producir adecuadamente diferentes tipos de discurso: comprensión de textos (Ulatowska *et al.*, 1985, 1986), conversación espontánea (Walker, Hardiman, Hedrick y Holbrook, 1981), descripciones (Bayles y Kasniak, 1987), relatos autobiográficos (Holland y Rabbit, 1990), comprensión y narración de historias (Juncos, 1996; Juncos e Iglesias, 1992; Mandel y Johnson, 1984) y comprensión de párrafos en prosa (Rice y Meyer, 1986).

Este deterioro se manifiesta en un efecto negativo de la edad sobre el recuerdo de información en el discurso (Juncos, 1998), una dificultad de los sujetos de edad avanzada para comprender la información estructurada de forma compleja en los textos orales o escritos que se presentan, o a partir de materiales visuales, y en una dificultad para elaborar historias coherentemente estructuradas y con gran contenido informativo.

El primer aspecto podría explicarse por las alteraciones de la memoria asociadas a la edad (Juncos, 1998). El segundo y el tercero tienen que ver con la organización de la estructura del discurso. El procesamiento complejo puede ser alterado: a) por un problema en el conceptualizador que afectaría las capacidades de razonamiento, y cuyo resultado más evidente es la producción de un discurso sin coherencia o absurdo que tiene lugar en la demencia de tipo Alzheimer (Bayles y Kasniak, 1987) y en la esquizofrenia (Chaika, 1991), o b) por un déficit en el formulador sintáctico que produciría distintas formas de agramatismo, como en muchos casos de afasia. Pero las deficiencias observadas en las personas mayores al parecer están producidas por una alteración en la capacidad atencional o en la memoria operativa y no en dificultades de razonamiento o agramatismo, que no han sido descubiertas de forma generalizada en las personas mayores sin alteraciones neurológicas (Juncos, 1998). Operar con material complejo, ya sean oraciones, historias o textos, conlleva un proceso de atención, control y organización sobre los diferentes elementos implicados, que puede verse alterado en el caso de la persona mayor (Juncos, 1998).

4.6. FUNCIONES VISUOESPACIALES Y VISUOPERCEPTIVAS

La pérdida de funciones visuoperceptivas asociada a la edad constituye un hecho más controvertido que los anteriores (deterioro de la memoria y aprendizaje y lenguaje), debido a que a menudo se alega que la ejecución deficiente en estas tareas puede ser justificada por las pérdidas sensoriales o motoras o por el decremento de la velocidad de procesamiento (Junqué y Jurado, 1994).

Un hallazgo clásico del estudio psicológico del envejecimiento es el hecho de que las puntuaciones que obtienen las personas mayores en la Escala Manipulativa de la Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS) disminuye con el paso de los años de una forma mucho más marcada que la Escala Verbal del mismo test (Earnest, Heaton, Wilkinson y Manke, 1979). Además de tener en cuenta que la escala manipulativa implica especialmente el uso de inteligencia fluida respecto al componente de inteligencia cristalizada de la escala verbal, hay que añadir el componente espacial que tienen las pruebas

manipulativas, además del factor motor y de velocidad (Ogden, 1990). Sin embargo, cuando se elimina el factor tiempo al administrar el test de las Matrices Progresivas de Raven o en los cubos del WAIS, existe una evidente mejoría en la ejecución, si bien el sujeto de edad avanzada no llega a compensar la diferencia de rendimiento respecto a los sujetos jóvenes (Junqué y Jurado, 1994).

En conjunto, los estudios normativos de tests de inteligencia sugieren la existencia de un declive relacionado con la edad en habilidades visuoespaciales. En estos tests, la ejecución de las personas mayores es peor que la de sujetos más jóvenes en los subtests de Cubos, Figuras incompletas y Rompecabezas. Otros estudios que usan otras tareas no-verbales generalmente corroboran estos resultados (LaRue, 1992).

Los estudios neuropsicológicos sobre el deterioro espacial asociado al envejecimiento concluyen en describir un declive gradual en la habilidad de ejecutar tareas como la orientación de líneas y el reconocimiento de caras (Eslinger y Benton, 1983), el aprendizaje de formas (Muramoto, 1984), la evocación visuoespacial (Flicker, Bartus, Crook y Ferris, 1984), la memoria espacial (Moore, Richards y Hood, 1984), el reconocimiento de escenas modificando la perspectiva (Bruce y Herman, 1983) y la imaginación del espacio (Herman y Coyne, 1980).

La ejecución en tareas visuoespaciales está influida por muchas diferencias individuales además de por la edad. Por ejemplo, los juicios de orientación de líneas (Benton, Van Allen, Hamsher y Lewin, 1978), matrices (Guttman, 1981; Vincent y Cox, 1979) y reconocimiento de caras (Benton *et al.*, 1978) están influidas por la educación. Además, muchos estudios refieren diferencias en edad y no evalúan agudeza visual, con los que algunos resultados pueden estar siendo confundidos con cambios en el sistema visual. Finalmente, una característica muy importante de estos tests es la no-familiaridad de los procedimientos, y puede ser este aspecto, más que las demandas visuales y perceptivas *per se*, el que esté causando una desventaja a las personas mayores (La Rue, 1992).

En conclusión, dentro de una pérdida general de funciones cognitivas, el envejecimiento supone una mayor afectación de las funciones visuoperceptivas (en especial las visuoespaciales) respecto a otras funciones similares como serían las funciones lingüísticas ya comentadas.

4.7. FUNCIONES EJECUTIVAS Y RAZONAMIENTO

En la literatura del envejecimiento normal las tareas que evalúan la capacidad de una persona para identificar conceptos y reglas, para razonar lógicamente y de forma abstracta y para aplicar habilidades de razonamiento en la solución de una tarea hipotética o real, generalmente se engloban dentro del concepto de “resolución de problemas”. La neuropsicología se refiere a ellas como “funciones ejecutivas”, y las define como aquellas capacidades que permiten a una persona comportarse de una manera independiente, dirigida a un propósito y autogenerada, y todo ello de forma exitosa (Lezak, 1983).

En la investigación neuropsicológica de los últimos años se ha prestado una especial atención al cambio de las funciones frontales con el paso de los años. El córtex prefrontal es la estructura de desarro-

llo onto y filogenético más tardío. Desde los años sesenta hasta la actualidad, se han ido desarrollando tests capaces de detectar lesiones en la corteza prefrontal y premotora. La mayoría de estas tareas decrecen notablemente con la edad, dato que está en clara relación al deterioro estructural y funcional detectado en los estudios postmortem y los de neuroimagen estructural y funcional (Junqué y Jurado, 1994).

Dentro de las modernas concepciones sobre el papel del lóbulo frontal en los humanos, Grafman (1989) ha desarrollado un modelo cognitivo. Para este autor, el lóbulo frontal contiene información compleja estructurada en forma de esquemas de conocimiento dirigidos a la acción. Estos esquemas son denominados unidades de manejo del conocimiento (MKU's: Managerial Knowledge Units) y constituyen conjuntos secuenciados de información (cuyas unidades están contenidas en el córtex posterior) que van dirigidas a la acción cognitiva o de comportamiento social. Estos esquemas permiten llevar a cabo de una forma rápida acciones intelectuales complejas de acuerdo con unas intenciones y planes. También proporcionan la facilidad para desencadenar una serie de actos determinados del comportamiento social, de acuerdo con el contexto. Consistirían en la información de cómo llevar a cabo la solución de un problema o cómo comportarse para conseguir un determinado objetivo. Estos procedimientos cognitivos complejos son evidentemente de maduración muy tardía, dependen de la acción y de haber experimentado previamente una situación igual o similar. Solamente se aprende a actuar actuando. Una vez establecido el conjunto de patrones de comportamiento, podemos empezar a hablar de la actuación mediante esquemas rígidos. La progresiva rigidez comportamental y mental es una característica asociada al paso del tiempo, lo que proporciona una clara economía biológica (Junqué y Jurado, 1994).

Las personas mayores generalmente tienen más dificultad con la resolución de problemas lógicos que las personas más jóvenes, al menos en las tareas que se utilizan en la investigación. En cambio, como en otras áreas de la cognición, la ejecución puede ser modificada por la práctica y el entrenamiento, y algunos de los declives aparentemente asociados a la edad pueden ser atribuidos a una educación limitada o a un bajo nivel de salud (La Rue, 1992).

Existe una especial crítica con la relevancia de los estudios con tareas de laboratorio para la comprensión de la resolución de problemas en personas mayores. Ya Botwinick (1984) había afirmado que los tipos de tareas usados en el laboratorio para evaluar la resolución de problemas no están ajustados a lo que la mayoría de las personas mayores puede hacer, y que hay razones para creer que si los estudios se hicieran con tareas basadas en las aptitudes personales y la especialización ocupacional los resultados serían otros. La investigación en resolución de problemas de la vida diaria ofrece apoyo a esta hipótesis, aunque la unión entre el conocimiento práctico y el comportamiento permanece sin estar establecida (La Rue, 1992).

Como los tests clínicos de resolución de problemas y funciones ejecutivas normalmente implican conceptos abstractos, muchas personas mayores obtienen puntuaciones bajas. La información que se obtiene de esos tests debería ser complementada con entrevistas que evalúen el juicio, la adaptabilidad y la resolución de problemas prácticos en la vida diaria, antes de sacar conclusiones sobre el razonamiento y las capacidades ejecutivas de las personas mayores (La Rue, 1992).

4.8. RESUMEN DEL CAPÍTULO

TABLA 4.1

FUNCIONES COGNITIVAS	CARACTERÍSTICAS EN PERSONAS MAYORES	OTROS HALLAZGOS
Orientación	<ul style="list-style-type: none"> • Desorientación: síntoma de trastornos cerebrales con afectación cortical difusa, lesiones en el sistema límbico y daños en el sistema reticular activador. • Puede estar preservada en déficits cognitivos o atencionales relativamente leves. • Inalterada en el conjunto de las personas mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intacta en personas mayores, aunque se debilita típicamente en trastornos como la enfermedad de Alzheimer.
Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Los cambios en el envejecimiento en inteligencia fluida y cristalizada son dependientes de los cambios en procesos atencionales (especialmente flexibilidad, atención, concentración y búsqueda) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para examinar cada tipo atencional con especificidad. • No hay buenas pruebas, por lo que generalmente se evalúa de forma superficial.
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Estructuras o sistemas de memoria: diferencias en edad en diferentes tareas de memoria: memoria sensorial, operativa, episódica, semántica, de reconocimiento, para material no-verbal, y memoria prospectiva. • Recursos de procesamiento: hay déficit si hay que emplear grandes recursos de procesamiento, si hay menos apoyo ambiental, si se necesita procesamiento intencional, si hay que integrar contextos y si aumenta la capacidad de la tarea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en la evaluación de diferentes constructos. • Factores que influyen en el rendimiento en pruebas de memoria: educación, salud, metamemoria, experiencia diaria y motivación.
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro en tres aspectos principales: léxico (dificultad de acceso), sintaxis (problemas en la comprensión y producción de oraciones complejas) y organización del discurso. • Consecuencia de deterioro en el capacidad atencional o de memoria operativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias sustanciales con el deterioro del lenguaje que se produce en patologías (afasias, demencias...)
Funciones visuoespaciales	<ul style="list-style-type: none"> • Declive en tareas manipulativas en comparación con tareas verbales. • Dentro del envejecimiento cognitivo destaca la afectación de la función visuoespacial respecto a otras como por ejemplo el lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia de factores como la educación, la agudeza visual y la familiaridad con el material.

TABLA 4.1
(Continuación)

FUNCIONES COGNITIVAS	CARACTERÍSTICAS EN PERSONAS MAYORES	OTROS HALLAZGOS
Funciones ejecutivas	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las tareas relacionadas con el córtex prefrontal decrecen notablemente con la edad. • La ejecución de personas mayores puede ser modificada con práctica y entrenamiento (igual que en otras áreas cognitivas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia de la educación y de la salud. • En personas mayores las funciones ejecutivas se deberían evaluar con entrevistas complementarias que evalúen el juicio, la adaptabilidad y la resolución de problemas prácticos de la vida diaria.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Capítulo 5

5.1. INTRODUCCIÓN

En el presente Capítulo se van a tratar cuestiones relacionadas con un concepto huido pero fundamental en la atención e intervención con personas mayores: la calidad de vida y más concretamente, la calidad de vida relacionada con la salud. Hasta hace muy pocas fechas la calidad de vida ha resultado un concepto muy utilizado, pero carente de una justificación teórica suficiente, y casi ausente de un desarrollo teórico y práctico en el mundo gerontológico.

Así pues se quiere profundizar en la génesis y desarrollo de este concepto a nivel general y en el marco de las personas mayores en particular, señalándose y diferenciándose cuando se hable de población general o de las personas de edad avanzada, así como reflejar el conocimiento sobre calidad de vida relacionada con la salud.

5.2. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

En la literatura científica existe cierta confusión a la hora de utilizar términos como salud, estado de salud, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud. Con frecuencia estos términos se usan indistintamente como si de sinónimos se tratara, y esta situación no ayuda sino a la confusión terminológica en cuestiones ligadas a la salud, que ya de por sí son objeto de viva controversia entre los diferentes profesionales que toman parte en cuestiones relativas a ésta.

La definición de salud más aceptada y difundida es en la actualidad la desarrollada por la OMS, en la que se define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (WHO, 1958). Teniendo en cuenta la anterior definición se ha asociado el estado de salud a aquellas medidas objetivas obtenidas únicamente por el médico, es decir, las medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos (Badía, 1995), dejando de lado todas las medidas subjetivas, por ejemplo, el dolor.

Según Bergner (1989), el concepto “estado de salud” contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma aunque puedan interaccionar con ella. Con este concepto se describe la salud tal y como se ha medido tradicionalmente, de forma objetiva (por ej., por un observador o alguna medida estándar externa), bien como diagnóstico o como puntuación en una escala (Lawton, 2001).

La calidad de vida es un concepto más amplio e incluye no sólo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud. Hörnquist (1989) la define como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud.

Aunque no hay todavía ningún acuerdo general respecto a la definición precisa de la calidad de vida, resulta útil perfilar algunas cuestiones o ideas clave (Cummins, 1997, 1999):

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque exista todavía alguna discrepancia acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de los tres anteriores (salud, estado de salud y calidad de vida) y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía, 1995). Patrick y Erickson (1993) definen la calidad de vida relacionada con la salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política.

La calidad de vida relacionada con la salud es un constructo latente, no observable directamente, que solamente puede ser deducido de manera indirecta a través de indicadores. Representa, asimismo, un constructo multidimensional (Siegrist, Broer y Junge, 1996).

Durante la pasada década uno de los temas dominantes de investigación ha sido el estudio de cómo los síntomas de diferentes enfermedades y algunas terapias influyen en la calidad de vida cotidiana (Spilker, 1996). La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto (Lawton, 2001).

Existen tres conceptos críticos en la definición de calidad de vida relacionada con la salud:

1. El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento.
2. Los efectos resultan una disminución de la ejecución "normal" del sujeto.
3. Los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud pueden ser únicamente realizados por el propio sujeto.

La investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud no ha reparado en cómo los factores externos a la salud y que están asociados con los incrementos en calidad de vida afectan a la calidad de vida global y a las preferencias por uno u otro tratamiento. Hay que tener en cuenta que la investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud ha afinado mucho en los efectos sobre la calidad de vida de patologías muy diferentes, por los que, además de las medidas generales, hay una gran cantidad de medidas de calidad de vida específicas para diferentes condiciones (Patrick y Deyo, 1989; Spilker, 1996).

No obstante para los diferentes niveles de atención en salud puede hacer falta profundizar más o menos en este concepto de calidad de vida relacionada con la salud. Así para el ejercicio de la medicina somática el uso de este limitado concepto puede considerarse un progreso en comparación con la tendencia tradicional a fijarse exclusivamente en la enfermedad y sus síntomas, así como en medidas puramente bioquímicas, fisiológicas y anatómicas, como antes se ha destacado. Sin embargo, en el campo de la salud mental el concepto de calidad de vida es sólo útil si se acopla tanto a los factores ya mencionados, como a otros factores del entorno, debido a que los ingresos, la falta de autonomía y el escaso apoyo social están intrínsecamente relacionados con la psicopatología, por ejemplo. En el campo de la salud mental se requiere un concepto amplio y multidimensional que incluya la mayoría de los aspectos de la vida. A la hora de evaluar sería necesario utilizar un perfil más que un índice simple (Bullinger, 1993).

Como es obvio, a partir de lo anteriormente comentado las diversas ramas y disciplinas relacionadas con la salud han tenido un mayor o menor proceso de apertura conceptual hacia otro tipo de medidas al menos en función de los requerimientos que el entorno hace de dichas disciplinas, así como del enfoque con el que las mismas han abordado las cuestiones relativas a su especialidad.

Con lo visto hasta ahora, está claro que la definición y operacionalización de la salud lleva años dando quebraderos de cabeza a los investigadores. Aunque existen muchas ambigüedades, parece esencial en este punto realizar un breve resumen de los aspectos de salud y sus características definitorias (Tabla 5.1).

TABLA 5.1

Tres constructos de salud (Lawton, 2001)

CONSTRUCTO	DEFINICIÓN	FUENTE DE DATOS	MEDIDAS TÍPICAS
Estado de salud.	Salud actual juzgada tan objetivamente como sea posible.	Observador, escalas normativas.	Diagnósticos clínicos. Número de diagnósticos. Escalas de bienestar.
Calidad de vida relacionada con la salud.	Estado de salud personal y otros dominios de la calidad de vida negativamente afectados por la salud.	Estado de salud autoinformado.	Escalas de salud autoinformada. Sickness Impact Profile (Bergner <i>et al.</i> , 1981).
Utilidad de la salud personal.	Elección entre una vida cronológicamente más larga pero con compromisos de salud o una vida más corta pero más sana.	Preferencias autoinformadas.	Años de vida deseados.

Lawton (2001) sugiere la existencia de cuatro categorías en las que se engloban muchos otros dominios específicos:

1. *Calidad de vida física.* Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud. Es el dominio más ligado a la biología. Dolor, síntomas, limitaciones funcionales y función cognitiva aparecen en casi todas las listas de dimensiones físicas de la calidad de vida.

2. *Calidad de vida social*. Incluye indicadores relativamente objetivos de enganche con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.
3. *Calidad de vida percibida*. Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.
4. *Calidad de vida psicológica*. Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global. En este sentido, Schulz y Heckhausen (1996) han ofrecido un modelo de bienestar psicológico en el que el sentido de control personal (primario o secundario) es el elemento central.

Existen debates sobre la definición de calidad de vida, con dos grandes polémicas (Fernández-Ballesteros, 1997):

- Por un lado, los que postulan que la calidad de vida se refiere exclusivamente a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones, frente a los que consideran que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas como objetivas.
- Por otra parte, se cuestiona si la calidad de vida ha de referirse necesariamente a un concepto idiógráfico en el sentido de que es el sujeto quien ha de establecer cuál/es son los ingredientes que intervienen en la “calidad de su vida”, o más bien, si puede ser establecida una calidad de vida general para todos los sujetos o concepto nomotético.

La vejez supone uno de los contextos en los que más importancia se está dando a la calidad de vida. Ocuparse y preocuparse por una vida de calidad está pasando a ser en la actualidad la meta gerontológica más perseguida y valorada (Reig, 2000).

Como expresa Reig (2000), “vivir más y mejor han pasado a ser las metas básicas de las políticas sociales y sanitarias de la gran mayoría de los países”. Vivir más tiempo exige de las políticas sociosanitarias actuaciones e intervenciones dirigidas a fomentar en la población estilos de vida sanos y comportamientos saludables que retrasen todo lo posible en el tiempo la aparición de problemas de salud (Fries, 1980). La teoría de la “comprensión de la morbilidad” (Fries, 1980) sostiene que se puede lograr un aumento de la esperanza de vida libre de discapacidad y, por tanto, una mejor calidad de vida a través de estilos de vida y de comportamiento saludables.

Existen varias razones por las que se atiende a este concepto y surge la necesidad de evaluarlo. En primer lugar, el concepto *calidad de vida* ha rescatado la importancia de las experiencias, preocupaciones y puntos de vista de las personas de interés (ancianos, cuidadores, etc.) (Reig y Bordes, 1995). En segundo lugar, los instrumentos de medición de calidad de vida posibilitan, entre otros contenidos, la identificación de problemas no evaluados con otros procedimientos, la evaluación con regularidad del grado de competencia funcional al objeto de mantenerla o mejorarla, una ayuda para establecer en determinados casos diagnóstico diferencial y recibir la atención adecuada, valorar los efectos de una intervención sociosanitaria, o proporcionar medidas de resultado en investigación y práctica clínicas (Reig, 2000).

Siegrist *et al.* (2000) consideran que hay una parte positiva y otra negativa en la investigación de la calidad de vida. En la parte negativa está su carencia de vigor científico y de creatividad y sus bajos niveles de razonamiento teórico e innovación metodológica. La parte positiva es su creciente reconocimiento y aceptación como una actividad importante y útil, su disponibilidad de fondos para la investigación, las oportunidades profesionales y, fundamentalmente, sus impresionantes logros en términos de optimización de los cuidados de los pacientes.

5.3. MODELOS TEÓRICOS DE CALIDAD DE VIDA

Existen diferentes marcos de trabajo y propuestas teóricas en la investigación de calidad de vida. La mayoría de estos modelos consideran la calidad de vida desde una perspectiva global en lo que se refiere a la variable edad, sin prestar especial atención al grupo de personas mayores. Sólo algunos de estos modelos han intentado ser aplicados en el campo de la Gerontología. Se ofrece primero una revisión general de los modelos existentes para pasar luego a los que han sido aplicados en personas mayores.

5.3.1. Modelo ecológico de Lawton

Se trata de una de las más fructíferas aportaciones, que explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultantes del acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental. Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional en base a criterios intrapersonales y sacionormativos, del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro, y la mide a través de cuatro áreas: competencia comportamental, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global.

5.3.2. Modelos comportamentales

La calidad de vida también ha sido conceptualizada de manera comportamental (Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000), defendiendo que la calidad de vida no depende sólo del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también, y sobre todo, de lo que uno hace para vivir una vida de calidad. Desde esta perspectiva, lo que hacemos y cómo experimentamos lo que hacemos (la calidad de nuestra experiencia) pasa a ser el objeto de estudio de la calidad de vida (Reig, 2000).

La calidad de vida desde este posicionamiento comportamental pasa a ser: hacer las cosas que tenemos, queremos o podemos hacer. La salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, van a ser importantes aunque no determinantes para una vida de calidad. Estas variables serían recursos para una vida de cantidad y de calidad. (Reig, 2000).

5.3.3. Modelos de bienestar

La felicidad, el bienestar psicológico o material y la salud apoyan poderosamente la posibilidad de vivir una vida de calidad (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). La personalidad parece desempeñar un papel importante como compendio de nuestra manera habitual de ser, actuar, sentir y pensar, tanto en la cantidad como en la calidad de vida (Barefoot, Maynard, Beckman, Brummelt, Hooker y Siegler, 1998).

Según el *modelo de satisfacción* desarrollado por Lehman, Ward y Linn (1982) y por Baker e Intagliata (1982), la calidad de vida incluye tres aspectos: características personales, condiciones objetivas de vida en varios aspectos de la vida y satisfacción con las condiciones de vida en dichos aspectos (Lehman, 1988). El modelo se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos. El modelo omite cuáles son las necesidades, carencias y deseos que tiene realmente la población diana, por lo que si un paciente tiene un alto grado de satisfacción en un aspecto concreto de la vida, pueden existir al menos tres interpretaciones distintas (Angermeyer y Kilian, 2000): a) una coincidencia entre lo que se desea y lo que se consigue en ese ámbito en particular; b) ser el resultado de que ese aspecto de la vida tenga tan poca importancia para el sujeto que su satisfacción no se vea afectada por las condiciones objetivas, y c) que el sujeto hubiera adaptado sus carencias y deseos a las oportunidades percibidas, con lo que en este caso la aparente satisfacción sería, en realidad, resignación.

Un avance respecto a este modelo fue el modelo de importancia/satisfacción de Becker, Diamond y Sainfort (1993). Estos autores incorporan la satisfacción subjetiva del paciente y una valoración de la importancia que un ámbito determinado de la vida tiene para él. Según los autores (Becker y cols., 1993), "los sistemas de puntuación de calidad de vida existentes no son adecuados a la diversidad cultural o no reflejan el hecho de que varios aspectos de la vida no tienen la misma importancia para todos, porque dando igual peso a los diferentes aspectos de la vida se asume implícitamente que todos ellos tienen el mismo valor".

En tanto la gente difiera en sus valores y preferencias individuales, las condiciones objetivas de aspectos concretos de la vida también afectarán su calidad de vida subjetiva de diferentes maneras. Sin una valoración de la importancia que un ámbito específico de la vida o una parte de él supone para el paciente, será imposible explicar por qué individuos que viven en condiciones totalmente distintas expresan el mismo grado de satisfacción (Angermeyer y Kilian, 2000). Aunque este modelo hace hincapié en el significado de los valores y las preferencias individuales, no considera el carácter dinámico de estas actitudes. A partir de investigaciones en el área de la disonancia cognitiva, se sabe que las personas pueden y consienten cambiar sus valores y preferencias ante la presión ambiental. Por tanto, no puede excluirse la posibilidad de que una escasa importancia en un aspecto de la vida, como puede mencionar un paciente durante una entrevista sobre calidad de vida, represente de hecho una adaptación resignada a sus condiciones de vida deprimidas (Angermeyer y Kilian, 2000).

5.3.4. Modelo de desempeño de rol

En contraste con enfoques anteriores, el modelo de desempeño de rol (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, 1982) de calidad de vida se basa explícitamente en la teoría de que la felicidad y la satisfacción

están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias para satisfacer las necesidades humanas básicas. Según el autor, el ambiente consiste en las oportunidades a través de las cuales el individuo puede satisfacer sus necesidades. Estas oportunidades son tanto materiales como (y más importantes) sociales. Debido a esta relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de los distintos roles sociales. Con la incorporación de la teoría del rol en el concepto de calidad de vida, Bigelow y cols. aumentaron la comprensión teórica de la asociación entre bienestar subjetivo y condiciones ambientales.

En este sentido, en la teoría del rol como concepto de calidad de vida parece necesario incluir las necesidades relativas al proceso patológico en los enfermos y el grado en que estas necesidades específicas pueden ser satisfechas o no, mediante la interpretación convencional del rol en este concepto (Angermeyer y Kilian, 2000). Además, parece importante evaluar hasta qué punto está sumergido el paciente en el rol de enfermo (Lally, 1989) y el grado en que las demandas subjetivamente percibidas de este rol restringen su capacidad para cumplir los roles convencionales (Scheff, 1986).

5.3.5. Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida

En los modelos anteriormente descritos de calidad de vida se ha subestimado la dinámica y los factores que influyen en este proceso de valoración subjetiva del sujeto sobre sus condiciones de vida objetivas (Angermeyer y Kilian, 2000). El modelo de proceso dinámico de la calidad de vida (Figura 5.1) se basa en el concepto de que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual el individuo debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos y logros. En este modelo la satisfacción no se valora como un resultado sino más bien como el mecanismo conductor de este proceso. La investigación sobre calidad de vida encuentra que la mayoría de las personas posee una gran capacidad relativa para mantener su nivel de satisfacción bastante estable mediante actividades cognitivas y volitivas (por lo menos a largo plazo) incluso ante circunstancias ambientales constantemente cambiantes (Angermeyer y Kilian, 2000). Según los autores del modelo, el problema central de incluir el punto de vista subjetivo en la valoración de la calidad de vida reside en que, dada la naturaleza dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades, los sistemas de valores y preferencias individuales pueden ser el resultado de un ambiente coercitivo o de condiciones personales a su vez incompatibles con el principio de libertad personal.

El marco más habitual de investigación ha sido intentar explicar cuáles son las variables más relacionadas, y en qué grado, con el componente de bienestar psicológico de la calidad de vida. La tabla 5.1 (Reig, 2000) muestra un estudio metaanalítico en el que se puede apreciar la relación entre algunas variables biopsicosociales explicativas con la variable "bienestar psicológico" como variable dependiente a explicar (De Neve y Cooper, 1998).

FIGURA 5.1

Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida en el trastorno mental

A, ambiente; AC, adaptación cognitiva; P, persona.

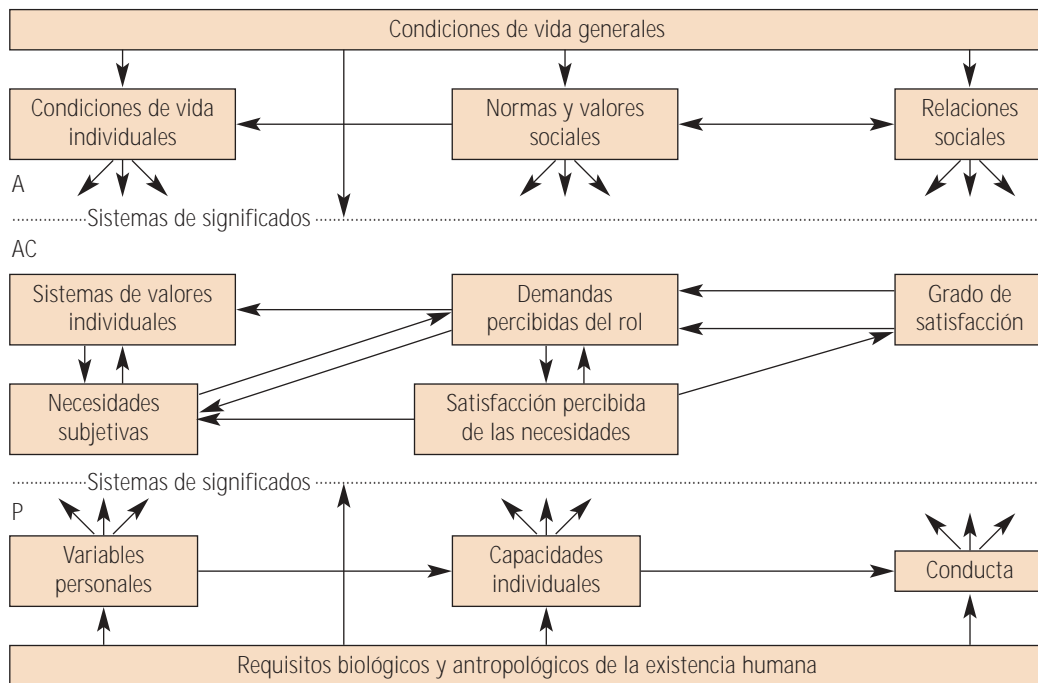


TABLA 5.2

Resumen de estudios metaanalíticos comparando bienestar psicológico como variable dependiente y una serie de variables biopsicosociales como independientes

VARIABLE BIOSOCIAL	R (+)	K	AUTOR(ES)
Edad	0,03	119	Stock, Okun, Haring y Witter, 1983
Género	0,04	93	Haring, Stock y Okun, 1984
Estado marital	0,08	56	Wood, Rhodes y Whelan, 1989
Estatus laboral	0,11	34	Haring, Stock y Okun, 1984
Estudios	0,14	90	Witter, Okun, Stock y Haring, 1984
Actividad social	0,15	107	Okun, Stock, Haring y Witter, 1984b
Religión	0,16	28	Witter, Stock, Okun y Haring, 1985
Ingresos	0,17	85	Haring, Stock y Okun, 1984
Estatus socioeconómico	0,19	24	Haring, Stock y Okun, 1984
Personalidad	0,19	197	DeNeve y Cooper, 1998
Salud	0,32	105	Okun, Stock, Haring y Witter, 1984 ^a

Nota: r(+)= tamaño medio del efecto; K= n° de muestras independientes. Las referencias bibliográficas aquí presentadas pueden consultarse en el trabajo original de De Neve y Cooper (1998).

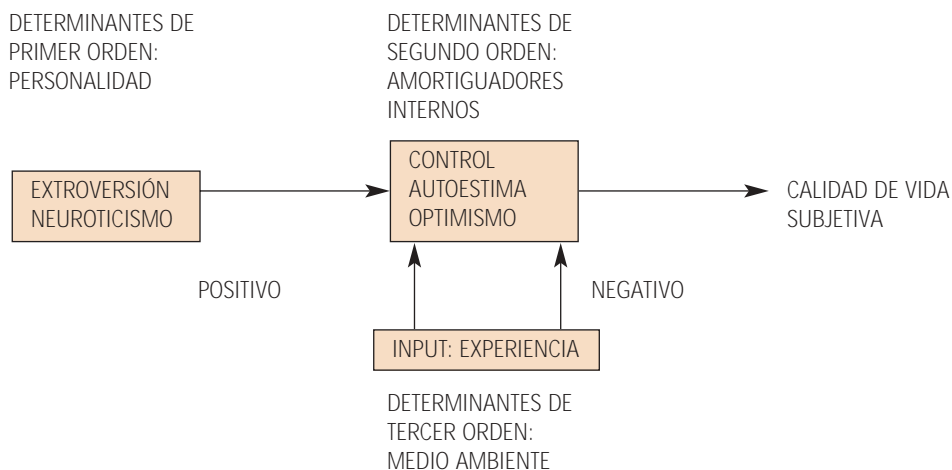
Los resultados de la Tabla 5.1 muestran que la edad, por ejemplo, no se asocia significativamente a bienestar psicológico. El tamaño medio del efecto de la relación edad y bienestar subjetivo en 119 estudios independientes es de 0,03. En esta misma tabla se puede observar aquellos tamaños medios de efecto más relacionados a bienestar psicológico, entre los que sobresalen la personalidad (0,19) y la salud (0,32). Con todo, los valores son más bien pobres (Reig, 2000).

5.3.6. Modelo de la homeostasis de la calidad de vida

Otro modelo teórico es el de la homeostasis de la calidad de vida subjetiva (Figura 5.2), propuesto por Cummins (2000). Describe un sistema integrado que acopla una capacidad genética primaria con un sistema de amortiguadores secundario. Su propósito es sostener el rendimiento, en la forma de la calidad de vida subjetiva, dentro de un rango estrecho, a pesar de las variaciones de la experiencia de la persona respecto a su entorno.

FIGURA 5.2

Modelo para la calidad de vida subjetiva (Cummins, 2000)



La propuesta del autor es que el determinante de primer orden de la calidad de vida subjetiva se apoya en la dotación genética de la personalidad. Tiene dos roles: crear el rango serial y proporcionar el componente afectivo de la calidad de vida subjetiva. Esto ocurre a través de dos dimensiones de personalidad (extroversión y neuroticismo) que actúan estableciendo la valencia del esquema cognitivo que asiste a cada autocreencia, a la vez que mantiene la base de un rango serial natural para el nivel de calidad de vida subjetiva experimentado por cada individuo. Numerosos estudios han demostrado que la extroversión y el neuroticismo correlacionan fuertemente con el bienestar psicológico subjetivo (De Neve, 1999). Este nivel de determinación es inconsciente.

Los determinantes de segundo orden comprenden un sistema de amortiguadores internos. Dicho sistema se propone que está formado por tres procesos entrelazados de control percibido, autoestima y optimismo. Son procesos conscientes que implican esquemas cognitivos. Tienen una orientación predominantemente positiva desde la perspectiva del procesamiento de información impuesto por la personalidad. Sin embargo, cada uno de los tres procesos puede ser influenciado por la experiencia adquirida con el mundo externo, que es el tercer nivel de determinación. El producto del sistema de amortiguadores es la calidad de vida subjetiva.

Esas cogniciones están bajo la influencia de dos fuerzas simultáneas: el procesamiento de las circunstancias medioambientales reales y la expectativa de que tales circunstancias irán acordes con el sesgo positivo impuesto por el equilibrio del afecto. Así, el sistema se maneja más fácilmente con un entorno que produce el control primario (autorrefuerzo) y cuya predicción para el futuro es favorable, y se maneja menos cómodamente con un entorno donde el control primario ha fallado, con una autoestima disminuida, y donde el futuro aparece vacío. Bajo estas condiciones el mantenimiento del bienestar subjetivo se encuentra amenazado y el sistema de amortiguadores tiene que jugar un papel dual: conservar un grado razonable de autenticidad a la vez que proteger el bienestar. Esto se logra a través de dispositivos cognitivos (control, autoestima, optimismo) que, esencialmente, den un giro positivo en contra del fracaso, sin perder el contacto con la realidad.

Cuando la interacción con el ambiente conduce al fracaso, desafía el poder de los amortiguadores para absorber el impacto. Bajo estas condiciones en que el grado de desafío no es demasiado fuerte, los amortiguadores se ajustarán homeostáticamente a las circunstancias. En cambio, un fracaso fuerte y continuo derrotará este sistema con la pérdida catastrófica subsecuente de la calidad de vida subjetiva.

Al final de este proceso encontramos que la calidad de vida subjetiva es el producto, que refleja tanto los afectos como la cognición, y que es relativamente estable a través del tiempo tanto para las personas como para las muestras de población.

5.3.7. Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores

Toda esta base teórica ha tenido poca aplicación, como se anotaba anteriormente, al grupo de edad de personas mayores. Estos son algunos de los resultados.

Margaret y Paul Baltes ofrecen un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento con éxito: la optimización selectiva con compensación (Baltes y Baltes, 1990). La puesta en marcha de los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita que la persona pueda vivir una vida de calidad, efectiva, aunque restringida.

Las personas mayores afrontan razonablemente bien el envejecimiento y la vejez (Baltes, 1999). Aunque conscientes de los cambios negativos (pérdidas y disminuciones) en el desarrollo personal, los mayores continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva tanto del autoconcepto como del desarrollo personal (Baltes, 1999; Brandtstädter, Ventura y Greve, 1993). Esta resistencia y adaptación satisfactorias parece ser el resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos (Reig, 2000).

Existen diferentes estudios que avalan la teoría de que el comportamiento es la cuestión central para el envejecimiento de calidad (Reig, 2000). Los diferentes estudios avalan que: el estado de salud autoinformado se relaciona tanto con la morbilidad como con la mortalidad (Idler y Kassel, 1991; Idler y Benjamini, 1997; Kaplan, Goldberg, Everson *et al.*, 1996; Shapiro, 1982), que las personas felices viven más tiempo (Deeg y Van Zonneveld, 1989), que las personas infelices refieren un peor estado de salud y más problemas de salud (Argyle, 1997), que la felicidad afecta a la salud objetiva y subjetivamente y que la salud es uno de los predictores más potentes de felicidad (Argyle, 1997), especialmente de la felicidad de las personas mayores (Willits y Crider, 1988), o de bienestar psicológico (Okun, Stock y Haring, 1984).

5.4. PARADIGMAS FUTUROS EN LA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA DE LA CALIDAD DE VIDA

Desde una perspectiva sociológica de la calidad de vida (Siegrist *et al.*, 2000), las direcciones futuras de la investigación de la calidad de vida se centran en tres paradigmas:

- Paradigma de los resultados de la calidad de vida en la investigación clínica y sus dimensiones esenciales. Los parámetros de interés son las características variables de la persona y no las características estables, con lo que la capacidad de respuesta al cambio a lo largo del tiempo es un prerrequisito importante en la medición. La mayoría de los instrumentos de medida de la calidad de vida disponibles cumplen el paradigma de evaluación de resultados centrandose su atención en el bienestar y el funcionalismo físico y psicológico. Por el contrario, la dimensión social de la calidad de vida personal ha tenido poca atención hasta ahora. Según la teoría de la función-producción de Ormel *et al.* (1997), es posible integrar la dimensión social en la investigación de calidad de vida. La noción esencial de esta teoría se basa en que la persona con limitaciones acuciantes produce su propio bienestar optimizando la satisfacción de sus necesidades.
- Paradigma predictor, según el cual, las nociones de los pacientes y las expresiones de bienestar y funcionalismo no son usadas para evaluar los resultados de los tratamientos, sino para predecir el curso futuro de la enfermedad por medio de mecanismos fisiológicos del estrés. Existe actualmente un cuerpo de evidencia clínica y epidemiológica que demuestra los efectos adversos en la recurrencia de la enfermedad y en la probabilidad de supervivencia producidos por una calidad de vida reducida.
- Esta perspectiva de la calidad de vida nos recuerda que la persona no es exclusivo objeto de la Medicina. Sabemos, por la teoría de los sistemas, que ciertas características se hacen sólo visibles cuando miramos el sistema completo más que a sus elementos aisladamente. En el estudio de la salud, no podemos entender plenamente los determinantes de la salud de las poblaciones por inferencia simple de la información obtenida de individuos. En varios estudios recientes (Kawachi y Kennedy, 1997) se observa una fuerte correlación entre la distribución de los ingresos económicos y la mortalidad: a un mayor rango de desigualdades económicas en una sociedad le corresponde un mayor riesgo de mortalidad. En este sentido, Dahlgren (1997) sugirió el desarrollo de lo que él

llamó "igualdad ajustada QALY's", esto es, años de vida ajustados por calidad que tienen en cuenta el efecto de una política de intervención particular para reducir las desigualdades sociales en salud, como intento de cuantificar la calidad de vida de grupos de individuos.

5.5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

5.5.1. Instrumentos generales de evaluación de la calidad de vida

Históricamente, la evaluación del estado de salud de los individuos se ha basado en la observación o intervención médica. Estos métodos (examen clínico, laboratorio, endoscopia) eran clasificados como fiables y cuantificables, frente a los métodos basados en la percepción subjetiva de los individuos (cuestionario de capacidad funcional o síntomas declarados), que eran clasificados como menos fiables y no cuantificables (Deyo, 1991; Badiá, 1995).

Los intentos de medir el estado funcional se iniciaron en la década de los cuarenta. Karnofsky y Burchenal (1949) desarrollaron el índice que lleva su nombre, ideado para valorar la capacidad funcional de los pacientes con cáncer de vejiga, una medida de la utilidad del paciente o de la carga que representa para su familia o la sociedad. Otros índices creados en esta época (criterios de la New York Health Association y del American Rheumatism Association) incluían tanto síntomas y cambios anatómicos como el estado ocupacional o actividades de la vida diaria, por lo que resultaron novedosos en la aproximación clínica de entonces.

En los años cincuenta se desarrollan las escalas de medición de las Actividades de Vida Diaria (AVD), en las que la percepción del propio paciente sobre la salud no tiene protagonismo, sino que es enjuiciada por el profesional sanitario, anteponiendo la observación más objetiva a la más subjetiva.

El cambio de la aproximación a la medida de la calidad de vida respecto a la salud se dio en los años sesenta, cuando se desarrolló la moderna generación de instrumentos genéricos de medida de la calidad de vida respecto a la salud. Los cuestionarios incluían expresiones o frases obtenidas de los pacientes y eran rellenados por ellos mismos, incluían una gran gama de dimensiones de la calidad de vida respecto a la salud y demostraron unas propiedades psicométricas poco o nada estudiadas en los cuestionarios anteriores. Los principales cuestionarios realizados en esta época fueron el *Sickness Impact Profile* (Bergner, Bobbitt, Carter y Gilson, 1981) y el *Nottingham Health Profile* (Hunt y McEwen, 1980), que permitían acercarse a la salud percibida por los individuos de una manera estandarizada y multidimensional.

Una razón del auge del movimiento pro calidad de vida en Medicina (centrado en la apreciación subjetiva del paciente) fue la creciente insatisfacción de los consumidores con respecto a la asistencia médica durante los años sesenta y setenta, hecho que también determinó el desarrollo del movimiento de autoayuda. Un aspecto específico de esta insatisfacción fue que, en el intento de prolongar la vida a cualquier precio, y haciendo hincapié exclusivamente en las necesidades terapéuticas, la Medicina tendió a pasar por alto las necesidades humanas básicas de sus pacientes, como el bienestar, la autonomía y el sentido de la propiedad (Katschnig, 2000).

En la década de los ochenta se desarrollaron cuestionarios mucho más cortos, lo que permitió su adopción definitiva en la práctica médica, como el *Dartmouth COOP Charts* (Nelson, Wasson y Kirk, 1987), *The Duke Health Profile* (Parkerson, Broadhead y Tse, 1990), o los derivados del *Medical Outcomes study* (Steward, Hays y Ware, 1988).

Finalmente, en la década de los noventa se ha asistido al desarrollo de instrumentos específicos, es decir, a cuestionarios que incluyen sólo las dimensiones específicas o características de una determinada enfermedad (migraña) o población (ancianos), (Badía, 1995).

De la mayoría de instrumentos utilizados para la medida de la calidad de vida respecto a la salud se destacan tres elementos (Badía, 1995): 1) la importancia del estado funcional (físico, social y mental) en la multidimensionalidad del concepto; 2) la subjetividad de la aproximación a la medición del estado de salud, y 3) la obtención de un número que represente la preferencia por el estado de salud.

El uso del concepto de calidad de vida en trastornos mentales sólo tiene significado si su valoración es llevada a cabo de una forma compleja y diferenciada que incluya la interacción con el entorno. Ésta debería tener en cuenta las siguientes recomendaciones (Katschnig, 2000):

1. Cuando sea posible deben realizarse al menos tres valoraciones: a) a cargo del paciente; b) a cargo de un familiar o amigo, y c) por parte de un profesional.
2. Deben distinguirse tres componentes de la calidad de vida: a) bienestar/satisfacción subjetivos; b) desempeño de los roles (sociales), y c) condiciones externas de vida (material, es decir, nivel de vida, y social, como la red social y el apoyo social).
3. Deben valorarse diferentes ámbitos vitales de forma separada (valoración de múltiples áreas), pues la calidad de vida de una persona puede ser excelente en un ámbito (por ej., la familia) e inferior en otro (por ej., el trabajo); asimismo, las acciones de ayuda deben dirigirse a estos segmentos de la vida, más necesitados de ayuda.
4. La inclusión de los síntomas psicopatológicos en los instrumentos de calidad de vida debe ser explícita.
5. La valoración de los cambios en la calidad de vida debe tener en cuenta las distintas "velocidades" de cambio que son inherentes a los distintos componentes (bienestar/satisfacción, estado funcional, factores contextuales) y la posible tendencia a la baja de los estándares con los que los pacientes con enfermedad mental persistente comparan su situación actual.

5.5.2. Evaluación de la calidad de vida en la vejez

Tal y como anteriormente se mencionaba, al hablar de modelos teóricos, la aplicación de la mayoría de aspectos de la investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores ha sido escasa hasta hace pocos años. Por ello, es de esperar que las aplicaciones de instrumentos de medida a esta población o la creación de instrumentos específicos para sus características particulares también sea escasa.

La medición de la calidad de vida en personas mayores responde a idénticas necesidades y demandas que en otros grupos de edad y está sujeta a los mismos requerimientos metodológicos (Reig, 2000). En la Tabla 5.3 se muestra un resumen de algunos de los instrumentos genéricos y específicos de medición de la calidad de vida que se pueden emplear en Gerontología, con una indicación muy abreviada de su calidad científica y utilidad clínica o de investigación (Fernández-Ballesteros, 1998; Badía, Salamero y Alonso, 1999).

TABLA 5.3

Instrumentos de medición de la Calidad de vida de mayor interés en Gerontología con expresión de su calidad métrica de adaptación y grado de recomendación en España

MEDIDAS GENÉRICAS	ADAPTACIÓN	RECOMENDACIÓN
EuroQOL 5-D	MB	A
Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad	MB	M
Perfil de salud de Nottingham	MB	A
Cuestionario de Calidad de vida	B	M
Cuestionario de la Evaluación Funcional Multidimensional (OARS)	MB	A
Perfil de Calidad de vida en Enfermos Crónicos (PCALIDAD DE VIDAEC)	B	M
Láminas COOP-WONCA	B	A
Cuestionario de Salud SF-36	MB	A
WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF	R	M
Cuestionario Breve de Calidad de vida (CUBRECAVI)	B	A
Medidas específicas		
Dominio funcionamiento físico		
Índice de Katz	R	M
Medida de Independencia Funcional	R	M
Escala Plutchik de Valoración Geriátrica	B	M
Índice de Actividad de Duke	B	A
<i>Dominio competencia psicológica</i>		
Cuestionario de Salud Goldberg GHQ-12	MB	A
Índice de Bienestar Psicológico	B	A
<i>Dominio competencia social</i>		
Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unk	B	A
Entrevista Manheim de Apoyo Social (EMAS)	B	A

Nota: Grado de adaptación (MB=muy buena; B=buena; R=regular o insatisfactoria). Grado de recomendación (A=alta; M=moderada; B=baja). La referencia original puede consultarse en Reig (2000).

El lenguaje utilizado para describir las necesidades y los desafíos a los que las personas mayores se enfrentan expresa aspectos clave de la calidad de vida y muestra la información necesaria (Katz y Gurland, 1991). Este lenguaje incluye subsistencia y seguridad, preocupación por la dependencia y por el desarraigo del domicilio, pérdidas de autoestima, afecto, papel en la toma de decisiones y posición

social, problemas familiares y la manera en que el bienestar de las personas mayores afecta a su entorno, dilemas materiales y morales implicados en decisiones trascendentes, como el traslado a Residencias o el consentimiento en tratamientos de alto riesgo... (Gurland y Katz, 2000).

Las investigaciones han proporcionado información normativa relacionada con la salud que reviste importancia para la calidad de vida de las personas mayores. Típicamente, estos hechos cubren los acontecimientos objetivos, por ejemplo, enfermedades, estado mental, discapacidades y muerte. Aunque se dispone de información sobre ciertos acontecimientos subjetivos, por ejemplo, percepción de la propia salud, humor, depresión... se conoce poco sobre asuntos clave como son las creencias, los valores y los temores (Gurland y Katz, 2000).

Como componentes de las funciones objetivas-subjetivas que permiten la calidad de vida, se ha recogido información a partir de la población acerca de la movilidad, la autonomía y las actividades en el hogar, aunque todavía se ha de adquirir experiencia en otros campos. Si bien la información se ha obtenido en varios países desarrollados, las diferencias metodológicas existentes impiden comparaciones claras y generalizables (Feinleib, 1991; Myers, 1993).

Gurland y Katz (2000) hacen una propuesta de lenguaje para describir la calidad de vida de las personas mayores. Estos autores ordenan los términos habitualmente usados en la investigación y trabajo clínico con personas mayores que hacen referencia a la calidad de vida, y los agrupan en 19 ámbitos: movilidad útil, actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades tecnológicas de la vida diaria, capacidad de navegación, capacidades de orientación, comunicación receptiva, comunicación expresiva, preservación de la salud, síntomas y humor, relaciones sociales e interpersonales, autonomía, capacidad de administración, adaptación al entorno, obtener gratificación, percepción de la salud, imagen futura, bienestar general y coordinación efectiva. Estos ámbitos agrupan distintos retos de adaptación y establecen respuestas que reflejan los esfuerzos de la persona mayor para acometer cada reto. Se supone que la integridad de la calidad de vida emana de las respuestas adaptativas, mientras que la disminución de la calidad de vida lo hace de las respuestas desadaptativas.

El grado en que la adaptación (por tanto, la calidad de vida) está alterada, es decir, la gravedad de la desadaptación, se describe con los términos "intensidad" y "extensión". La intensidad condensa el nivel de deterioro en un momento dado, habitualmente el presente (términos como: muy, completamente, parcialmente, moderadamente...). La extensión se refiere al grado en que la incapacidad penetra en la vida diaria y amplía de la persona mayor (frecuencia y duración de estados, número y frecuencia de circunstancias desencadenantes).

Los puntos de vista objetivos utilizan términos como "incapaz, dependiente, lento, ineficiente, desgarrado, peligroso, débil" en relación con cualidades observables. Los puntos de vista subjetivos representan estados internos como "distrés, dolor, malestar, insatisfacción, frustración". Ciertos ámbitos parecen justificar términos que tienden hacia las descripciones objetivas (por ejemplo, la realización de tareas en las AVDB) y otros hacia las subjetivas (por ejemplo, los ámbitos de preservación del bienestar y gratificación). Sin embargo, casi todos los ámbitos permiten incluir puntos de vista tanto objetivos como subjetivos en el contenido del lenguaje. El lenguaje de calidad de vida puede representarse también con frases que muestren las perspectivas de distintas partes con legítima implicación en la

vida de la persona mayor: familia, cuidadores, terapeutas, administradores, planificadores y políticos (Gurland y Katz, 2000).

5.6. RESULTADOS DE ESTUDIOS CON INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA

Espejo *et al.* (1997), utilizando la adaptación española del OARS-MFAQ, evalúan el grado de competencia de funcionamiento físico en una muestra representativa de personas mayores de 60 años en la ciudad de Córdoba que viven en la comunidad y han encontrado que un 4% es incapaz de realizar al menos una actividad para el cuidado personal y que el 16% no es capaz de llevar a cabo al menos una actividad para el mantenimiento del ambiente. La mayoría de las personas mayores presentaría, pues, un elevado nivel de autonomía personal y de independencia funcional (Reig, 2000). Tanto en el estudio de Espejo *et al.* (1997) como en otros, se da una estrecha relación entre la salud física y la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Tanto la salud autopercebida como el grado de competencia funcional se asociaron con la utilización de servicios sanitarios, con el riesgo de institucionalización, con la pérdida de autonomía y con el declive súbito y muerte (Reig, 2000).

Reig (2000) realiza una revisión de resultados de diversos estudios en las dimensiones de la calidad de vida. Entre los resultados que cita se encuentran los siguientes: diversos estudios señalan un gradiente decreciente en función de la edad para la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas con los mejores instrumentos disponibles en la actualidad (Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez y De La Fuente, 1998; Kind, Doland, Gudex y Williams, 1998; Badía *et al.*, 1998)

En un estudio de Lízán y Reig (1998; 1999) llevado a cabo en una muestra de 475 pacientes que acuden a centros de atención primaria por problemas de salud, se ha medido la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP-WONCA, que son las utilizadas en el presente trabajo, con el objetivo de medir la variable dependiente. Los resultados muestran que, a excepción de dos escalas (cambio en el estado de salud y actividades sociales), las siete restantes (forma física, sentimientos, actividades cotidianas, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida global) presentan diferencias en cuanto a grupos de edad pero no en un patrón homogéneo decreciente. En personas con problemas diversos de salud, la edad aparece relevante sólo en la valoración de su forma física, un criterio óptimo de competencia física. Señalan los autores que no suele en cambio acentuarse que a pesar del patrón decreciente con la edad en forma física o competencia funcional, la competencia física de las personas mayores que viven en la comunidad es razonablemente buena y se mueve en unos valores claramente positivos.

En esta misma línea, otros estudios (Ribera, 1993; Ferrer y Cruz, 1997) muestran unos valores realmente positivos en cuanto a la competencia funcional, o en relación con las necesidades de ayuda de las personas mayores que no residen en instituciones.

Richart, Reig y Cabrero (1999) han investigado la estabilidad y el cambio de un Índice de Calidad de vida Ligado a la Salud (ICVLS) en un grupo de personas mayores con y sin problemas de salud, a tra-

vés de un periodo de tres años. El ICVLS es el resultado de la agregación empírica de tres variables: un ítem de salud percibida, un instrumento de satisfacción con la vida y el Perfil de Salud de Nottingham. Durante los tres años de seguimiento aumentó la morbilidad y el consumo de fármacos, aumentaron los tiempos de reacción simples y descendieron tanto el índice de masa corporal como la capacidad vital, pero se mantuvieron estables la satisfacción con la vida, el estado de salud percibido, las escalas del Perfil de Salud de Nottingham y la puntuación en el ICVLS. Los autores concluyen que: 1) la satisfacción con la vida, la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud, que son consideradas en diferentes estudios como conceptos similares al de calidad de vida, son conceptos relacionados, que comparten parte de su varianza, pero no son equiparables entre sí; 2) la calidad de vida de las personas mayores medida con este índice no se ve afectada por los cambios observados en las variables médicas, funcionales y bioquímicas estudiadas; 3) frente a un modelo de deterioro gradual en el estado físico y psicológico de las personas mayores, estos datos muestran la existencia de una importante continuidad, de que hay mucho más que permanece que lo que cambia, y el entronque de modelos de competencia que dan razón de esta estabilidad.

Fernández-Ballesteros (1997) realiza un estudio comparando sujetos que habitan en sus propios domicilios, en residencias públicas y en Residencias privadas. Examina los efectos que la edad, el género y las distintas condiciones o contextos tienen sobre los ingredientes de calidad de vida. Concluye la autora que un concepto multidimensional de calidad de vida exige un diagnóstico matizado sobre la calidad de vida que puede producirse en distintos contextos. Si se extrae un índice combinado de todos los ingredientes en su vertiente subjetiva, las personas que habitan en su propio domicilio diferían significativamente de las que habitan en Residencias. Sin embargo, si de este indicador eliminásemos la satisfacción personal con las relaciones interpersonales, estas diferencias desaparecerían. En otras palabras, los tres contextos examinados difieren, esencialmente por lo que se refiere a la satisfacción que los individuos tienen de sus relaciones interpersonales. No sucede así con otras variables relevantes como la edad o el género y la posición social en su influencia con aquellos ingredientes que han sido considerados como constituyentes de la calidad de vida: las personas mayores respecto de las más jóvenes, los hombres con respecto a las mujeres y las personas que pertenecen a posición social alta, media-alta y media en relación a la baja y media-baja presentan, en términos generales, una mayor calidad de vida.

5.7. IMPLICACIONES EN LA INTERVENCIÓN EN GERONTOLOGÍA

Por último, un breve apunte sobre las implicaciones que tanto los modelos teóricos como las investigaciones y sus resultados tienen sobre las estrategias de intervención en calidad de vida en Gerontología. Como sugerencia global (Reig, 2000), Mold (1995) ha propuesto una serie de metas y objetivos genéricos que armonizan la intervención gerontológica con las aspiraciones a una calidad de vida como variable de resultado, y que delimita en seis áreas de atención:

1. Potenciar la calidad de vida presente.
2. Aumentar la expectativa de vida ajustada a calidad.
3. Potenciar el crecimiento y desarrollo personal.

4. Mejorar la calidad del proceso de morir.
5. Mantener o aumentar la capacidad de participación en la toma de decisiones.
6. Mejorar la calidad de vida familiar y de los cuidadores tanto profesionales como no profesionales.

En contextos residenciales, las intervenciones en calidad de vida atienden a diversos objetivos de interés (Pynoos y Regnier, 1991):

1. El diseño de ambientes que promuevan la posibilidad de vivir de forma más independiente.
2. La potenciación de la intimidad y de la regulación del contacto social.
3. Un incremento de la participación en actividades sociales.
4. La reducción de la dependencia.
5. El aumento de la orientación.
6. La potenciación del control y de la autonomía.

Intervenciones concretas para mantener o conseguir ambientes y espacios caracterizados por privacidad, interacción social, control/autonomía, personalización, estética/apariencia, orientación, seguridad, accesibilidad/funcionamiento, estimulación/desafío, atención sensorial, adaptabilidad y familiaridad, representan elementos sustantivos para una atención de calidad en personas mayores (Pynoos y Regnier, 1991).

5.8. RESUMEN DEL CAPÍTULO

TABLA 5.4
Resumen del Capítulo 5

Definición	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión en la literatura científica a la hora de utilizar términos como salud, estado de salud, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud. • Calidad de vida: es la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo (Hörnquist, 1983). • Calidad de vida relacionada con la salud: concepto que se nutre de los de salud, estado de salud, y calidad de vida. Patrick y Erickson (1993) la definen como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política.
Modelos teóricos	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo ecológico de Lawton (1991). • Modelos comportamentales (Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000). • Modelos de bienestar [Lehman y cols. (1982) y Baker e Intagliata (1982)]. • Modelo de desempeño de rol (Bigelow y cols., 1982). • Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida (Angermeyer y Kilian, 2000). • Modelo de la homeostasis de la calidad de vida subjetiva de Cummins (2000). • Modelos de calidad de vida aplicados a personas mayores.

TABLA 5.4

Resumen del Capítulo 5 (Continuación)

Evaluación de la calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Años 40: inicio de la medición de estado funcional. • Años 50: escalas de medición de AVD. • Años 60: aproximación a la medida de la calidad de vida relacionada con la salud: Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile. • Años 70: desarrollo del movimiento de autoayuda. • Años 80: desarrollo de cuestionarios breves: Dartmouth COOP Charts, Duke Health Profile... • Años 90: instrumentos específicos. • Desarrollo de la evaluación de la calidad de vida en la vejez.
Resultados de estudios de medida de calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Espejo <i>et al.</i> (1997): estrecha relación entre la salud física y la capacidad para llevara cabo AVD. Se asocia la salud autopercebida y la competencia funcional con la utilización de servicios sanitarios, el riesgo de institucionalización, la pérdida de autonomía, el declive súbito y la muerte. • Reig (2000): revisión de estudios: gradiente decreciente en función de la edad para la mayoría de las dimensiones de calidad de vida. • Richart <i>et al.</i> (1999): la satisfacción con la vida, la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud son conceptos relacionados, que comparten parte de su varianza, pero no son equiparables entre sí. La calidad de vida de las personas mayores no se ve afectada por los cambios observados en las variables médicas, funcionales y bioquímicas estudiadas. • Fernández-Ballesteros (1997): examina los efectos que la edad, el género y las distintas condiciones o contextos tienen sobre los ingredientes de calidad de vida.

PARTE EMPÍRICA

MÉTODO

Capítulo 6

6.1. OBJETIVOS

6.1.1. Objetivos generales

1. Describir el funcionamiento cognitivo, social, afectivo, la percepción de salud, la ejecución de actividades de vida diaria y la calidad de vida relacionada con la salud de la población que vive en centros gerontológicos en la Comunidad Autónoma Vasca sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve.
2. Estudiar la influencia de factores de carácter social y cultural sobre cada una de las variables que estudian el funcionamiento físico, cognitivo, social, afectivo, la percepción de salud y la calidad de vida relacionada con la salud de los sujetos que componen la muestra.
3. Analizar las estructuras de dependencia, definiendo la calidad de vida respecto a la salud como la variable criterio.
4. Formular un modelo teórico sobre la interrelación de la calidad de vida con las diversas variables objeto de estudio y contrastar el mismo con los datos empíricos obtenidos.
5. Enunciar orientaciones que sean útiles en la práctica profesional de tal manera que sean aplicables en los programas de intervención psicosocial que se realizan en Residencias y centros gerontológico para personas mayores.

6.1.2. Objetivos específicos

1. Estudiar la influencia del funcionamiento cognitivo (concentración y cálculo, fijación, lenguaje y construcción, memoria y orientación) de las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, profesión, nivel de instrucción, motivo de ingreso en el centro, idioma materno del sujeto, realización de actividades de tiempo libre y otras características del centro.
2. Analizar la influencia en el funcionamiento psicoafectivo (nivel de depresión, nivel de ansiedad y satisfacción vital) de las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, profesión, nivel de instrucción, motivo de ingreso, idioma del sujeto, realización de actividades de tiempo libre y características del centro.
3. Estudiar la influencia en el funcionamiento social (apoyo social) de las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, profesión, nivel de instrucción, motivo de ingreso, idioma del sujeto, realización de actividades de tiempo libre y características del centro.
4. Investigar la influencia en la ejecución de actividades de vida diaria y en la salud percibida de la siguientes variables: edad, sexo, estado civil, profesión, nivel de instrucción, motivo de ingreso, idioma del sujeto, realización de actividades de tiempo libre y características del centro.
5. Describir la influencia en la calidad de vida relacionada con la salud de las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, profesión, nivel de instrucción, motivo de ingreso, idioma del sujeto, realización de actividades de tiempo libre y características del centro.
6. Determinar la relación existente entre las variables objeto de estudio.
7. Conocer la estructura de las variables analizadas.

8. Estudiar las interrelaciones entre las variables y el tipo de función que relaciona óptimamente las variables.
9. Analizar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el resto de variables del estudio a través de modelos de ecuaciones estructurales con variables latentes.

6.2. MÉTODO

6.2.1. Sujetos

La investigación se ha llevado a cabo sobre una muestra de 836 sujetos, que vivían en Residencias de personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco, estratificada y proporcional según: género, edad, provincia y tipo de centro (según su capacidad). Se procedió a seleccionar los sujetos de forma aleatoria, manteniendo una fijación proporcional de los estratos. El error muestral máximo es de $\pm 3\%$ para condiciones de varianza máximas ($p=q=0,50$).

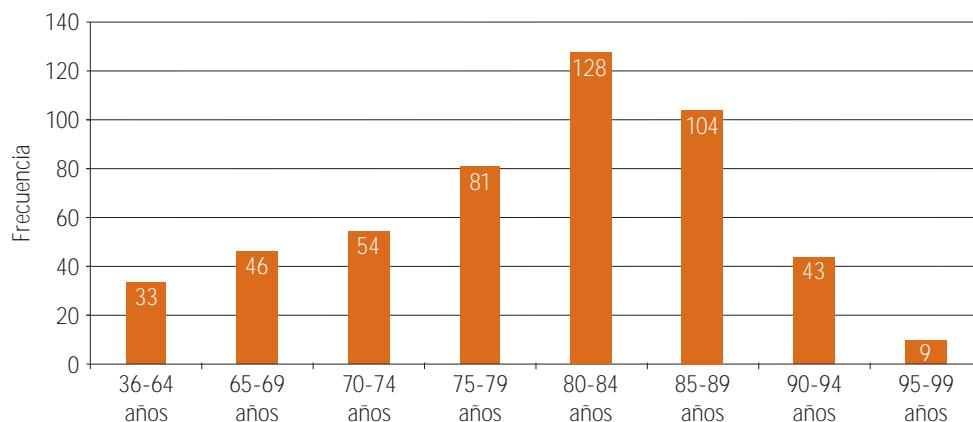
A los 811 sujetos les fue administrado el Mini Examen Cognoscitivo (MEC, de aquí en adelante) (Lobo y Ezquerro, 1979) y se retiraron de la muestra 311 sujetos que no cumplían la condición de tener una puntuación igual o superior a veinte puntos en el MEC. Esta condición tiene que ver con la capacidad cognitiva de los sujetos, de tal manera que se entendió que el tener una puntuación inferior a veinte puntos hacía inviable el pasar a los sujetos el resto de las pruebas al tener las funciones cognitivas deterioradas. A los 500 sujetos restantes se les administraron las pruebas indicadas más adelante en este mismo trabajo.

Para la obtención de la muestra se tomaron como base los datos poblacionales proporcionados por el EUSTAT-Instituto Vasco de Estadística del censo de 1996, y del registro de Centros Residenciales de los Departamentos de Bienestar Social de las Diputaciones Forales de los tres territorios históricos.

La muestra de la presente investigación esta compuesta por 500 personas, de las cuales el 66,8% (334 sujetos) son mujeres y el 33,2% (166 sujetos) son varones. Todos los sujetos están institucionalizados en Residencias de ancianos o centros gerontológicos de los tres territorios históricos que componen la Comunidad Autónoma Vasca.

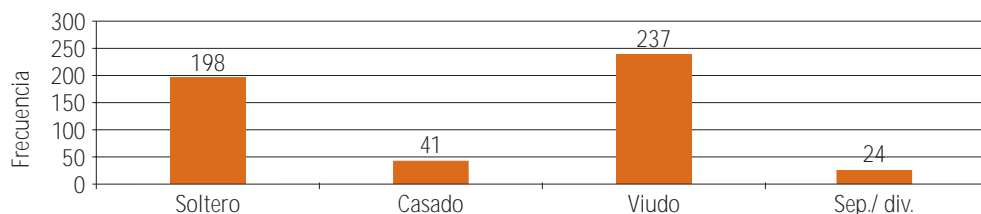
La edad media de los sujetos de la muestra es de 79,23 años, con una desviación típica de 9,42. Para los análisis estadísticos se ha categorizado la variable edad en diversos grupos, describiéndose en la Figura 6.4 las categorías empleadas y el número de sujetos que recaen en cada una de ellas. Es necesario comentar que en la muestra hay 33 individuos menores de 64 años, que corresponde a personas que bien por patologías demielinizantes del sistema nervioso central (esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, principalmente) unida a problema social, daño cerebral adquirido, expósitos, etc. ingresaron en dichos centros y continúan en la actualidad.

FIGURA 6.1
Grupos de edad



En la Figura 6.2. se muestra un histograma en el que se refleja el estado civil de los sujetos que componen la muestra:

FIGURA 6.2
Estado civil

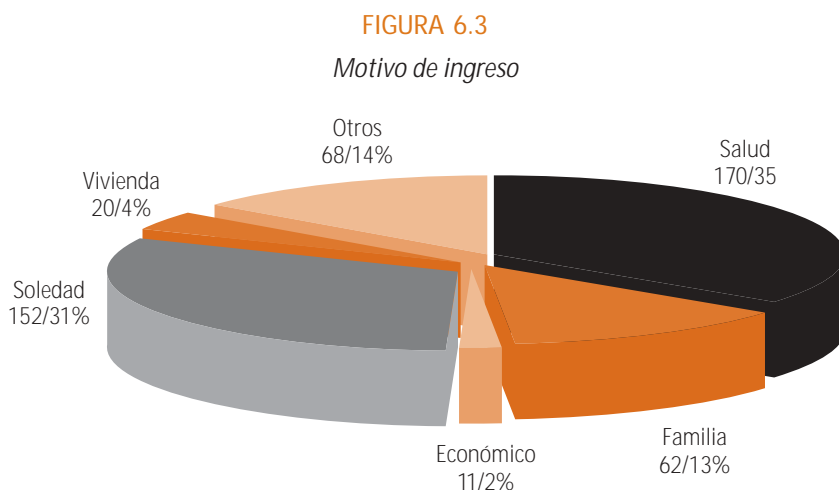


La mayor parte de la muestra está compuesta por solteros y viudos (87%). El 47,6% de los varones son solteros y el 27,7% viudos, mientras que entre las mujeres, el 35,6% son solteras y el 57,2% viudas. El porcentaje de personas casadas es del 8,2% del total de personas de la muestra y el de separados o divorciados del 4,8%.

En cuanto al nivel cultural, se han establecido cuatro categorías diferentes: analfabetos (32 sujetos, 6,5% de la muestra), los que saben leer y escribir (243 sujetos, el 49,3%), los que tienen estudios primarios (200 sujetos, el 40,6%) y finalmente las personas que tienen estudios universitarios (18 sujetos, el 3,7%).

El 30% de la muestra (149 sujetos) utilizan la lengua vasca como primera lengua de comunicación habitual, mientras que el castellano lo utilizan como lengua habitual el 70% de la muestra (347 sujetos).

En la Figura 6.6 se pueden observar los diversos motivos de ingreso aducidos, que han sido clasificados en seis categorías diferenciadas:



Dentro de la categoría de "salud" se incluyen a todos los sujetos que han manifestado que su necesidad de ingreso en el centro residencial correspondiente se basa en algún tipo de necesidad o problema relacionado con la salud (generalmente relacionado con enfermedad o síndromes invalidantes), que constituye el más común de los motivos. En la categoría de "soledad" (la segunda categoría más aducida para el ingreso) se incluyen sujetos que han tenido que ingresar en centros residenciales por que su principal necesidad o problemática es la falta de percepción de tener relaciones sociales. En la categoría de "familia" se incluyen sujetos cuya principal problemática expresada para el ingreso en residencia son la falta de familia o los problemas en el entorno familiar, en general relacionados con la falta de cuidadores informales. En la categoría "económico" se incluyen las personas que han ingresado en Residencias, debido a la no posibilidad de vivir en medio comunitario, por falta de recursos económicos, y en la categoría de "vivienda" se incluyen los sujetos que han formulado su ingreso en función de no poder seguir viviendo en el domicilio, bien por problemas arquitectónicos, bien por la situación geográfica de la vivienda, etc.; estas dos últimas categorías suponen el 6,4% de los ingresos. Finalmente en la categoría de "otros" se incluyen diversas situaciones (emigración, falta de vivienda, alcoholismo, enfermedad mental crónica, etc.) que supone un 14,1% de los motivos de ingresos.

En cuanto al lugar de nacimiento de los sujetos que componen la muestra, el 23,6% (118 sujetos) han nacido en el mismo municipio donde se encuentra la Residencia; el 37,3% (186 sujetos) en la misma provincia donde se encuentra la Residencia; el 6% han nacido en la Comunidad Autónoma Vasca y finalmente el 32,5% de la muestra (162 sujetos) han nacido fuera de la Comunidad Autónoma Vasca, tres de ellos en países extranjeros, y el resto de los sujetos habían nacido en diversas provincias de España.

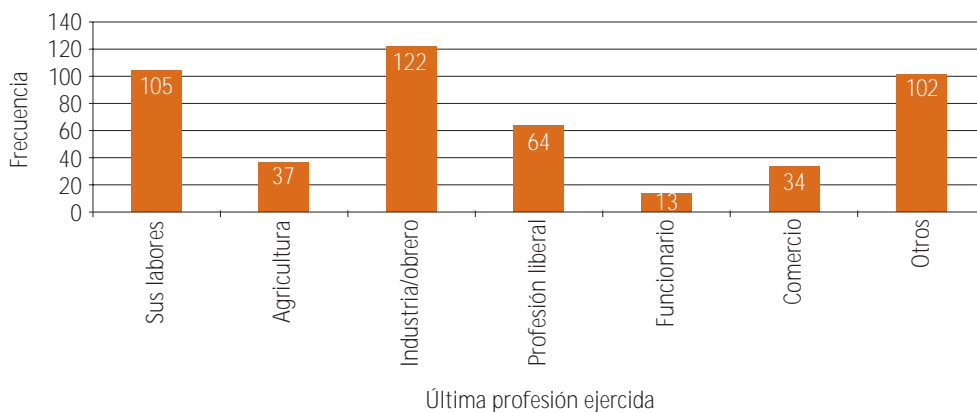
Se ha estudiado el lugar de residencia anterior al ingreso en el centro donde viven en la actualidad: el 54,4% de la muestra (272 sujetos) vivían en el mismo pueblo o ciudad donde se encuentra el centro residencial, el 33% de la muestra (165 sujetos) vivían en la misma provincia donde se encuentra el centro residencial, 21 personas vivían en la Comunidad Autónoma Vasca, pero en diferente provincia de la que actualmente se encuentra el centro en el que viven, y finalmente cuatro personas vivían en el extranjero antes de vivir en su residencia.

De lo anteriormente señalado se deduce que 100 personas de la muestra viven en Residencias de su municipio de origen, 156 sujetos han emigrado de otras regiones del Estado español, 29 sujetos proceden de otras provincias de la Comunidad Autónoma Vasca y cuatro sujetos proceden de países extranjeros. El resto de los sujetos están situados en las mismas provincias de origen, aunque en municipios diferentes.

En cuanto a la profesión desempeñada por los sujetos de la muestra, ésta se ha dividido en siete categorías diferentes, obteniéndose los siguientes resultados: sus labores 105 sujetos (22,0% de la muestra); agricultura, pesca y ganadería el 7,8% de los sujetos de la muestra (37 sujetos); han trabajado en la industria el 25,6% (122 sujetos); 64 sujetos eran autónomos o ejercían profesiones liberales; 13 personas habían sido funcionarios; el 7,1% han sido comerciantes (34 sujetos) y el 21,4% de la muestra (102 sujetos) se dedicaron a otro tipo de trabajos (albañilería, construcción, carpintería, fontanería, etc.) (ver Figura 6.4).

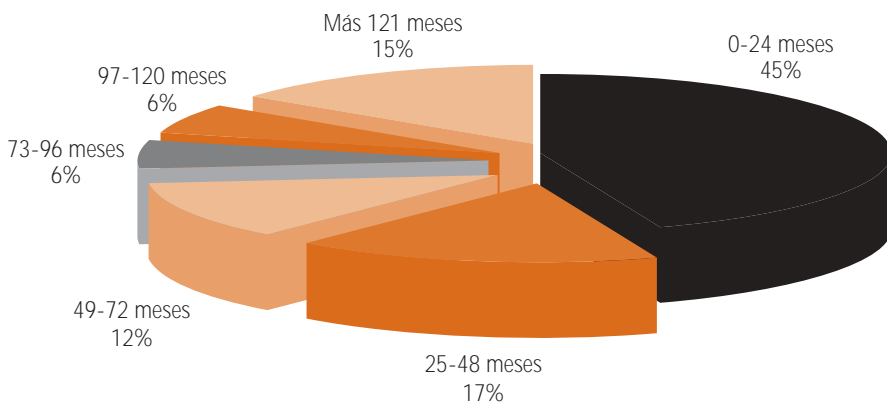
FIGURA 6.4

Profesión



El tiempo de institucionalización medio correspondiente a los sujetos de la muestra es de 5,1 años, con una desviación típica de 5,1. El 82,4% de los sujetos tienen menos de 10 años de institucionalización y el 54,4% de los sujetos, menos de cuatro años de institucionalización. Se ha categorizado esta misma variable en función de los meses que cada uno de los sujetos llevan viviendo en los diferentes centros residenciales. Los resultados una vez categorizados son los que se observan en la Figura 6.5:

FIGURA 6.5

Tiempo de institucionalización

De los sujetos evaluados, el 58,4% de los mismos (292 sujetos) proceden de la provincia de Vizcaya, el 20,2% (101) de la provincia de Álava y el 21,4% (107) de la provincia de Guipúzcoa.

Respecto al tipo de centro donde habitan los sujetos de la muestra hay que señalar que 204 residen en centros públicos (40,8%) y 296 en centros privados (59,2%). La capacidad de los centros evaluados se ha categorizado en cinco tipos diferentes en función de su capacidad: menos de 12 residentes (a las que pertenecen 31 sujetos de la muestra, es decir, el 6,2%), de 12 a 30 residentes (72 sujetos, el 14,4%), de 30 a 100 residentes (159 sujetos, el 31,8% de la muestra), de 101-200 residentes (121 sujetos, el 24,2% de la muestra) y de más de 200 residentes (117 sujetos, el 23,4% de la muestra).

Respecto al uso del tiempo libre se observa que el 9,2% de la muestra no participa en ningún tipo de grupos terapéuticos que se hagan en el centro donde residen, el 51,8% ha participado durante su vida en algún grupo y el 38,9% (169 sujetos) participa en el momento de la evaluación en algún grupo.

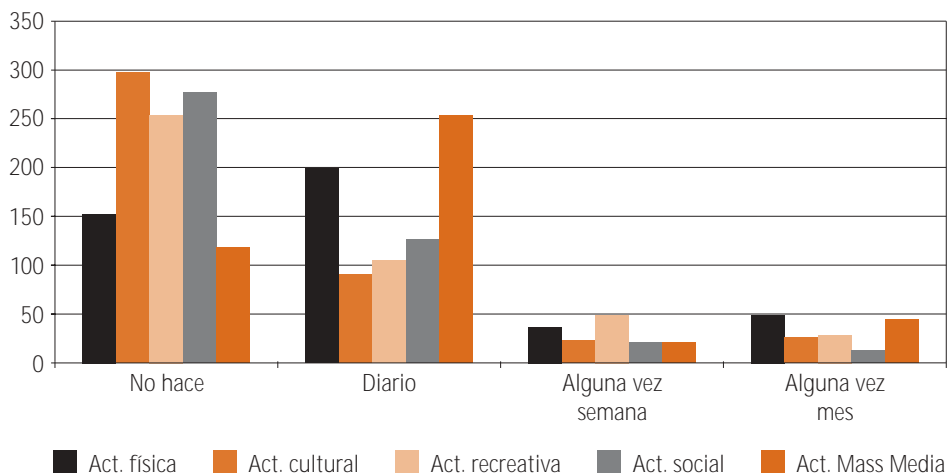
Las actividades de tiempo libre las realiza el 5,4% con su pareja (27 sujetos), con otros familiares el 5,4% (27 sujetos), con compañeros o amigos que no conviven con el sujeto en el centro el 10,3% de la muestra (51 sujetos), con compañeros o amigos del mismo centro el 48,7% de la muestra (242 sujetos) y el 30,2% de la muestra (150 sujetos) declaran pasar su tiempo libre en soledad.

Respecto a si el ingreso en el centro residencial ha supuesto una mejora o empeoramiento en el uso del tiempo libre del sujeto, el 19% de la muestra (95 sujetos) señala que el uso del tiempo libre es mejor después de ingresar en el centro, el 29,6% (147 sujetos) dicen que el uso de su tiempo libre ha empeorado y el 51,2% de la muestra (254 sujetos) dicen que su tiempo libre no ha sufrido variación antes y después del ingreso. No obstante el 13,7% de los sujetos dicen no estar satisfechos con su tiempo libre, el 36,9% dicen estar muy satisfechos y el 49,4% de la muestra (246 sujetos) se sitúan en una posición intermedia al respecto de su satisfacción con el uso del tiempo libre.

En la Figura 6.6 se pueden apreciar tanto en números absolutos en cada una de las categorías, como en porcentajes la frecuencia con la que los sujetos de la muestra realizan actividades de carácter físico (gimnasia, andar, etc.), culturales (acudir a bibliotecas, pintura), recreativas (juegos de cartas, bingo), relacionadas con los medios de comunicación social (lectura de prensa, radio, televisión), así como actividades sociales:

FIGURA 6.6

Frecuencia de actividades de tiempo libre



Se lista seguidamente un resumen de otras características sociodemográficas de la muestra:

- El número de hijos promedio es de 1,1, así como el 57,7% de los sujetos de la muestra no tiene hijos.
- El 33,8% de las personas (169) participa en algún tipo de grupo de actividades dentro del propio centro. Un total de 109 sujetos de la muestra participa en actividades recreativas (bailes, comidas, etc.).
- La distancia media del domicilio de los hijos a la Residencia es de 40 kilómetros, aunque conviene destacar que el 88,7% de la muestra tiene sus hijos a menos de 50 kilómetros.
- La cuantía media de la pensión que reciben es de 565 euros al mes, teniendo el 53,2% de la muestra una pensión igual o menor a 355 euros/mes, otro 22,6% de la muestra entre 355 y 522 euros/mes, el 14,4 % entre 522 y 660 euros/mes y el 9,8% de la muestra pensiones superiores a 660 euros/mes.
- El 13,6% de la muestra analizada ha sufrido algún evento vital estresante en los últimos meses: fallecimiento de seres queridos y enfermedades graves (operaciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, etc.) principalmente.

6.2.2. Variables e instrumentos

La batería de pruebas administrada a los 500 sujetos de la muestra es la siguiente:

- Apoyo social: Escala de recursos sociales-OARS (Duke University, 1978) (Montorio, 1994).
- Nivel de depresión: Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Brink, Yesavage, Lum *et al.*, 1982; Izal y Montorio, 1996).
- Nivel de ansiedad: Subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg-EADG (Goldberg, Bridges, Dunkan-Johnes *et al.*, 1986).
- Satisfacción vital: Escala de Satisfacción de Filadelfia (Lawton, 1972, 1975).
- Capacidad funcional: Escala de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965).
- Salud percibida: Cuestionario General de Salud de Goldberg (Goldberg y Hillier, 1979).
- Funcionamiento cognitivo: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) (Folstein, Folstein y McHugh, 1974) (Lobo *et al.*, 1979) y el Cuestionario Abreviado del Estado Mental (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975) (Fernández Ballesteros y Guerrero, 1984).
- Calidad de vida relacionada con la salud: Láminas del COOP-WONCA (Lizan y Reig, 1999).

También se recogió información de diferentes variables mediante un cuestionario diseñado específicamente para este estudio. Concretamente se recogía información sobre: edad, género, estado civil, profesión, lugar de nacimiento, lugar de residencia, nivel de instrucción, motivo de ingreso, idioma materno y sobre el uso del tiempo libre.

6.3. PROCEDIMIENTO

Para la realización del trabajo de campo se procedió a elegir al azar una muestra de Residencias de ancianos de la Comunidad Autónoma del País Vasco, de tal manera que estuvieran representados tanto los diferentes centros según su capacidad, como que estuvieran representados centros de los tres territorios históricos de la Comunidad Autónoma Vasca. Fueron seleccionados por este método 43 centros diferentes: 7 de Guipúzcoa, 9 de Alava y 27 de Vizcaya. La capacidad de los mismos era la siguiente: 6 Residencias de menos de 12 residentes, 9 centros entre 12 y 30 residentes, 16 centros con capacidad entre 30 y 100 residentes, 6 centros con capacidad entre 101 y 200 residentes y 5 centros con capacidad para más de 200 personas.

En los 6 centros analizados con menos de 12 personas se seleccionaron 6 sujetos al azar de cada uno de estos centros, de los 9 centros cuya capacidad era entre 12 y 30 plazas se seleccionaron 15 personas al azar de cada uno de los centros, 20 individuos de cada uno de los 16 centros entre 30-100 plazas, 25 personas al azar de cada uno de los 6 centros con capacidad entre 101-200 residentes y de los centros de más de 200 plazas, se seleccionaron 30 individuos al azar de cada uno de dichos centros.

De esta manera se seleccionó la muestra final, que cumplió los criterios establecidos.

6.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Una vez efectuada la recogida de datos, se procedió a la codificación de los mismos. Tras la depuración inicial de los datos y un análisis de la comprobación de la precisión conseguida en la introducción de los datos (porcentaje de error inferior a .04 tras revisar el 10% del total), se procedió a su análisis estadístico, que fue efectuado utilizando versiones sucesivas del paquete estadístico SPSS y el programa LISREL 8.14.

Los análisis estadísticos efectuados fueron, básicamente, los siguientes:

- Análisis descriptivos univariantes.
- Análisis de la fiabilidad de las pruebas.
- Análisis de las relaciones bivariantes: Coeficientes de correlación y de contingencia.
- Comparación de medias tanto mediante pruebas paramétricas como no paramétricas: pruebas T de Student, Kruskal Wallis, Análisis de Varianza.
- Análisis de Componentes Principales.
- Análisis de Regresión Múltiple.
- Modelos de ecuaciones estructurales.

6.4.1. Características de la muestra y decisiones sobre los análisis estadísticos

Debemos tener en cuenta que el objetivo de este trabajo no es tanto el buscar posibles diferencias significativas entre diferentes grupos de sujetos como el explorar y describir la situación en que se encuentran las personas mayores que viven en Residencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco, a la vez que analizar posibles interacciones que se producen entre las variable objeto de estudio. En este sentido el objetivo no es tanto encontrar posibles diferencias significativas como el describir, cuantificar y valorar las diferencias halladas.

A la hora de realizar los análisis estadísticos y presentar los resultados de las pruebas efectuadas, nos encontramos con unas características de las variables medidas que condicionaron el tipo de análisis. Estas peculiares características y las consecuentes decisiones tomadas son las siguientes:

- En una gran parte de las variables dependientes objeto de estudio las desviaciones de las distribuciones muestrales a la normalidad eran muy importantes. Algunos ejemplos se pueden ver en las Figuras 6.7 y 6.8:

FIGURA 6.7

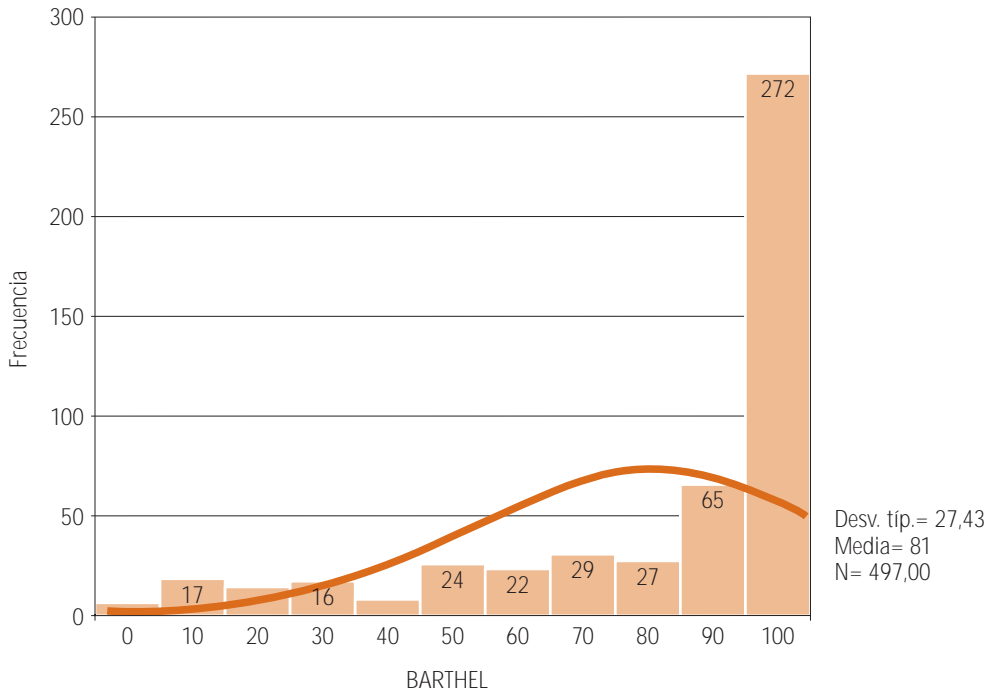
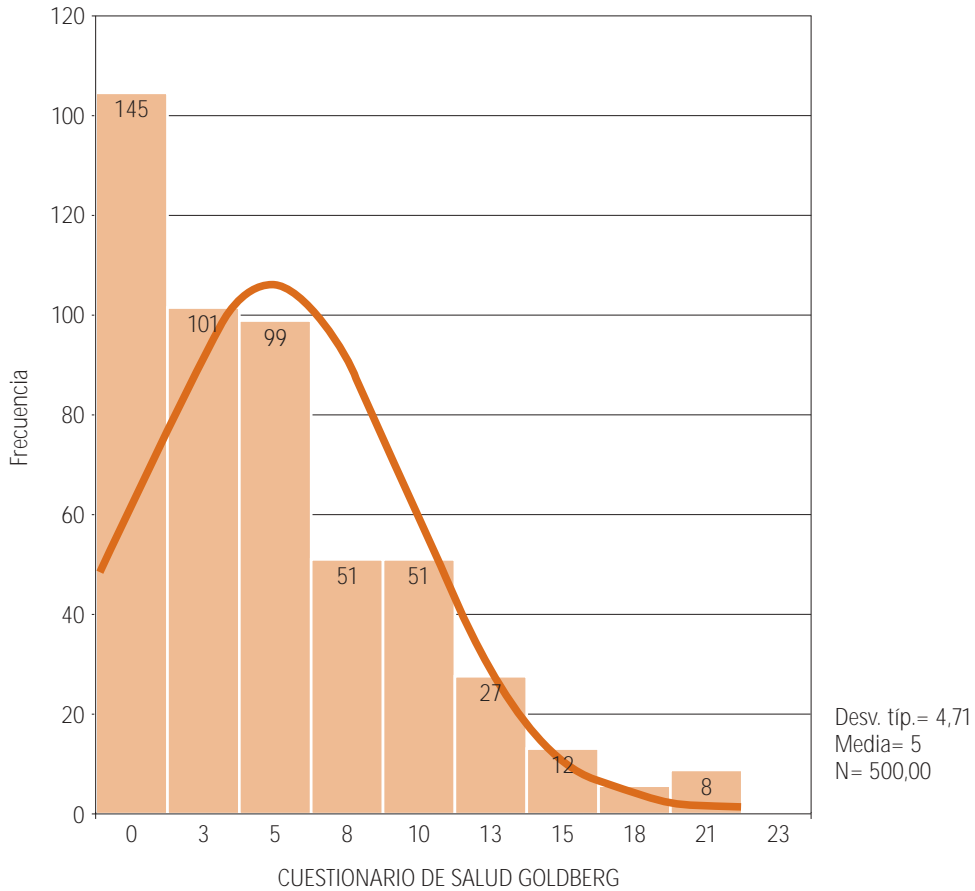
Índice de Barthel. Histograma con curva normal

FIGURA 6.8

Cuestionario general de salud de Goldberg. Histograma con curva normal



- Teniendo en cuenta que el elevado tamaño muestral permite una utilización uni o bivalente de pruebas paramétricas y ante la no normalidad de la muestra, se realizan pruebas uni y bivalentes paramétricas y no paramétricas para comparar los resultados. Posteriormente y una vez comparados los resultados de ambos tipos o niveles de pruebas, hemos encontrado discrepancias en los valores de la probabilidad obtenidos. Como ejemplo, y a través del análisis de la variable CGS DEP, se presenta una situación habitual que se ha encontrado en el análisis de los datos obtenidos y que de forma reiterada hemos detectado en la nube de datos (Figura 6.9) y Tablas (6.1 y 6.2).

FIGURA 6.9

Variable CGSDEP. Histograma con curva normal

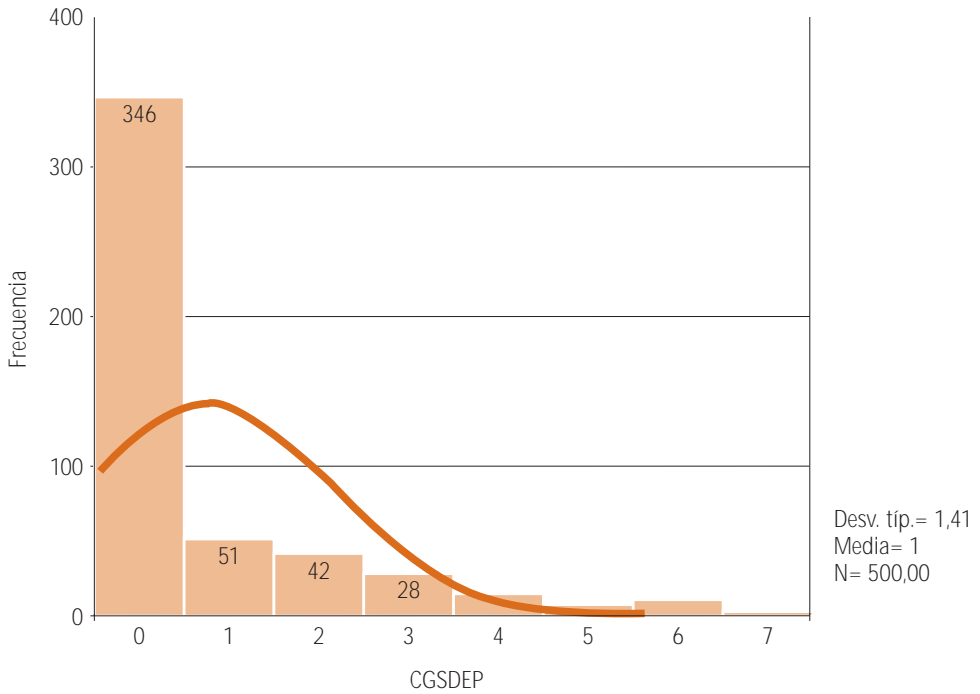


TABLA 6.1

CGSDEP. Prueba de Kruskal-Wallis

		RANGOS	
CGSDEP	Nivel de instrucción	N	Rango promedio
	Analfabet@	32	261.03
	Leer-escribir	243	254.16
	Estudios primarios	200	239.46
	Universitaria	18	209.14
	TOTAL	493	

ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE^{a,b}

	CGSDEP
Chi-cuadrado	4.150
gl	3
Sig. asintót.	.246

a) Prueba de Kruskal-Wallis.

b) Variable de agrupación: NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

TABLA 6.2

*Análisis univariante de la varianza. Variable independiente: Nivel de instrucción.
Variable dependiente: CGSDEP*

Nivel de instrucción	INFORME			
	CGSDEP	Media	N	Desv. tip.
Analfabeto/a		.97	32	1.56
Leer-escribir		.92	243	1.64
Estudios primarios		.58	200	1.09
Universitaria		.28	18	.67
TOTAL		.76	493	1.42

TABLA DE ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CGSDEP * Nivel de instrucción	Inter-grupos	18.103	3	6.034	3.043	.029
	Intra-grupos	969.654	489	1.983		
	TOTAL	987.757	492			

MEDIDAS DE ASOCIACIÓN		
	Eta	Eta cuadrado
CGSDEP * Nivel de instrucción	.135	.018

Este es un ejemplo paradigmático de la no concordancia de resultados en la probabilidad de obtener por azar las diferencias de medias muestrales entre la prueba no paramétrica y la paramétrica. Esto se debe, entre otras, a las siguientes razones:

- Distribución NO NORMAL de la variable dependiente.
- Tamaño muestral reducido de alguno de los subgrupos.
- Desviación típica grande respecto al valor de la media (coeficiente de variación grande).
- Bajo nivel de relación entre la variable independiente (Nivel de instrucción y CGSDEP). En este caso el valor de $ETA^2 = .018$

Sin embargo, y teniendo en cuenta el tipo de objetivo de este trabajo, se ha optado por presentar los resultados de las pruebas paramétricas, siendo éstos complementados con los valores de la significación estadística de las pruebas no paramétricas correspondientes.

- El hecho de que la distribución de las variables objeto de estudio se distancien mucho de la distribución normal, hace que el teórico incremento de la potencia de la prueba que pudiéramos obtener utilizando en determinadas ocasiones pruebas paramétricas multivariantes de comparación de medias (MANOVA) quede minimizado, diluido y en ocasiones confuso. Esto ha hecho que a la hora de presentar los resultados sólo lo hagamos en base a ANOVAs y sus equivalentes pruebas no paramétricas. El mismo argumento nos ha llevado a no presentar resultados correspondientes a MANCOVA.

- Tanto en el caso de Análisis de Componentes Principales como de Regresión Múltiple, así como en el caso de los Modelos de Ecuaciones Estructurales, también hemos de tener presente la no normalidad de las variables objeto de estudio, esto hace que siendo pertinente su utilización, debamos ser más cuidadosos, si cabe, en la interpretación de los resultados obtenidos.

ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE DIVERSOS
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
EN LAS ÁREAS BÁSICAS DE EVALUACIÓN
DE LAS PERSONAS MAYORES

Capítulo 7

7.1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente Capítulo es describir la influencia en las áreas básicas de funcionamiento de las personas mayores que se han evaluado en el presente trabajo, de diversas variables sociodemográficas y de utilización del tiempo libre, a la vez que se profundiza en los resultados de las variables evaluadas. Las variables evaluadas pretenden recoger toda la multidimensionalidad de ser humano en diversas áreas: salud y funcionamiento físico, funcionamiento cognitivo, funcionamiento afectivo, funcionamiento social y calidad de vida.

Las variables sociodemográficas utilizadas son: edad, estado civil, género, lugar de nacimiento, lugar de residencia, motivo de ingreso, idioma (lengua materna), provincia donde se encuentra el centro (residencia por provincia), titularidad del centro (titularidad), capacidad del centro (número de residentes), tiempo de institucionalización (meses que lleva cada sujeto de la muestra en el centro donde vive), nivel de instrucción, profesión (última profesión desempeñada por el sujeto), acontecimiento vital importante (existencia de algún acontecimiento estresante para el sujeto en el último mes).

Las variables relacionadas con el tiempo libre son: frecuencia de realización de actividad (de tipo físico, cultural, recreativo, social o relacionado con los medios de comunicación), con quién realiza el sujeto las actividades de tiempo libre, satisfacción con el tiempo libre, percepción de la evolución del uso del tiempo libre.

7.2. EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA. ÍNDICE DE BARTHEL

El Índice de Barthel (Barthel) evalúa 10 Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD). Se puntúa de 0 a 100 (90 para pacientes limitados en silla de ruedas) y no es una escala continua. Una variación de cinco puntos en la zona alta de la puntuación (más cercana a la independencia), no es semejante al mismo cambio en la zona más baja (más cerca de la dependencia).

Los resultados obtenidos en esta prueba (N=497), y como se puede apreciar en el anexo 2, provienen de una muestra no normal, quedando la media y la desviación típica descritas en la misma. Agrupando los valores obtenidos en las cuatro categorías de dependencia que aparecen descritas en los criterios de corrección de la prueba se obtienen los siguientes resultados: a) dependencia total, 29 sujetos (5,8% de la muestra); b) dependencia grave, 25 (5% de la muestra); c) dependencia moderada, 38 (7,6%) de la muestra; d) dependencia leve, 408 sujetos (81,6% de la muestra). El 40,1% de la muestra la componen sujetos independientes, para realizar todas las ABVD de las que la prueba consta; el 17,1% de la muestra es capaz de realizar independientemente 9 de las 10 ABVD propuestas y el 9,8% de la muestra es capaz de realizar independientemente 8 de las 10 ABVD intervinientes en la prueba. El 29% de la muestra es capaz de realizar 7 o menos de las ABVD incluidas en el índice de Barthel.

Las actividades en las que los sujetos de la muestra consiguen mayores niveles de independencia son en orden decreciente: arreglarse (84,2%), comer (81,5%), deposición (80,3%), uso del retrete (76,9%),

vestirse y deambular (70,6%), traslado sillón-cama (69,9%), micción (69,8%), subir escalones (64,7%) y finalmente lavarse, que es la AVD con menor porcentaje de personas independientes a la hora de realizar la citada actividad (58,8% independientes).

TABLA 7.1 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: Índice de Barthel

		BARTHEL					F. prob.	Diferencias entre grupos
Variables indep.	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	H Kruskal Wallis		
Estado civil	Soltero	195	82.51	24.89	3.247	.022	Casados < separado/divorciado	
	Viudo	41	82.56	3.8				
	Casado	237	77.72	29.42				
	Separados/Divorciados	24	94.17	12.57				
	TOTAL	497	80.79	27.43				
Lugar de nacimiento	Mismo pueblo	118	85.93	23.79	2.462	.044		
	Misma provincia	183	76.28	23.88				
	CAV	30	83.83	26.02				
	Otra provincia	162	81.36	28.12				
	Extranjero	3	88.33	20.21				
TOTAL	496	80.77	27.45					
Lugar de residencia	Mismo pueblo	270	85.80	24.27	5.892	.000	Mismo pueblo > Misma provincia	
	Misma provincia	164	73.35	29.45				
	CAV	21	84.52	26.92				
	Otra provincia	28	80.54	30.92				
	Extranjero	4	66.25	44.98				
TOTAL	487	81.09	27.34					
Motivo de ingreso	Salud	169	70.44	30.97	8.209	.000	Salud < Otros Salud < Soledad Salud < Familia	
	Familia	62	86.77	23.85				
	Económico	11	90.00	11.40				
	Soledad	152	83.98	25.39				
	Vivienda	19	87.89	21.88				
	Otros	67	89.48	21.101				
TOTAL	480	80.64	27.47					
Residencia por provincia	Vizcaya	292	83.73	23.62	5.081	.007	Guipúzcoa < Vizcaya	
	Álava	100	79.30	27.85				
	Guipúzcoa	105	74.05	34.88				
	TOTAL	497	80.79	27.43				
Titularidad	Pública	201	84.90	26.02	7.661	.006		
	Privada	296	78.01	28.05				
	TOTAL	497	80.79	27.43				
Género	Hombre	165	84.97	24.69	5.776	.017		
	Mujer	332	78.72	28.51				
	TOTAL	497	80.79	27.43				

(Continuación)

TABLA 7.1 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: Índice de Barthel

Variables indep.	Categoría de la variable	BARTHEL					F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
		N	X	D.T.					
TL: Actividad física	No hace	174	67.82	33.49				No hace:	
	Todos los días	225	89.04	19.25				< alguna vez a la	
	Alguna vez semana	41	83.17	22.93	23.875	.000		semana	
	Alguna vez mes	56	87.14	21.53		.000		< alguna vez al mes	
	TOTAL		496	80.90	27.36			< Todos los días.	
TL: Actividad cultural	No hace	336	76.85	29.07				No hace < Todos	
	Todos los días	103	90.15	19.56				los días	
	Alguna vez semana	27	89.44	23.05	8.056	.000			
	Alguna vez mes	30	86.83	24.55		.000			
	TOTAL		496	80.90	27.36				
TL: Actividad recreativa	No hace	288	76.88	29.04				No hace < todos	
	Todos los días	119	90.17	19.78				los días.	
	Alguna vez semana	56	81.52	29.53	6.879	.000			
	Alguna vez mes	33	81.52	24.80		.000			
	TOTAL		496	80.90	27.36				

Como se refleja en las dos partes de la Tabla 7.1 correspondientes al análisis de varianza de un factor existen relaciones significativas (con la Fprob indicada y la H de Kruskal Wallis, que se ha explicado en el Capítulo 6) entre la capacidad funcional y:

- *Estado civil*: Los sujetos separados o divorciados son los que obtienen puntuaciones más altas, seguidos por los casados y solteros. Siendo los sujetos viudos lo que obtienen puntuaciones más bajas. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos (una vez que se ha determinado que existen diferencias entre las medias, las pruebas de rango *post hoc* y las comparaciones múltiples por parejas permiten determinar qué medias difieren), habiendo sido aplicada las comparaciones múltiples de Scheffé (realiza comparaciones conjuntas simultáneas por pares para todas las posibles parejas de combinaciones de las medidas) entre el conjunto de casados y el de separados/divorciados.
- *Lugar de nacimiento*: Las personas que nacieron fuera del Estado español (que son únicamente tres) son los que obtienen puntuaciones más altas, posteriormente las personas que han nacido en el mismo lugar donde actualmente residen. Las puntuaciones más bajas son las obtenidas por los sujetos nacidos en la misma provincia en la que se encuentra el centro en el que residen pero en un municipio diferente.
- *Lugar de residencia*: Los sujetos de la muestra que vivían en países extranjeros como último domicilio antes de su ingreso en el centro respectivo son los que presentan puntuaciones en capacidad funcional más bajas, seguidos por los sujetos que se han trasladado dentro de su provincia res-

pectiva (aunque en otro municipio) para el ingreso en el centro. Las puntuaciones más altas son obtenidas por las personas que no se han trasladado de municipio para el ingreso en el centro. Se han encontrado diferencias significativas entre los sujetos cuyo último lugar de Residencia era la misma población en la que se encuentra la Residencia y los que vivían en la misma provincia donde se encuentra el centro, pero en diferente municipio.

- *Motivo de ingreso:* Los resultados más deficitarios respecto a la capacidad funcional los presentan los sujetos cuyo motivo de ingreso fueron los problemas de salud, seguidos por los que planteaban problemas de soledad. Las puntuaciones más cercanas a la independencia (en orden decreciente) las presentan los sujetos cuyo motivo de ingreso eran problemas económicos, otros motivos, problemas relativos a la vivienda y problemas familiares. Se han encontrado diferencias significativas en las comparaciones múltiples de Scheffé entre los ingresados por problemas de salud y aquellos que ingresaron, bien por problemas de soledad, familiares u otro tipo de problema.
- *Residencia por provincia:* La muestra correspondiente a cada uno de los centros residenciales situados en Vizcaya son los que presentan mejores índices respecto a la capacidad funcional, seguidos por los centros de la provincia de Álava. Los centros guipuzcoanos son los que presentan índices más cercanos a la dependencia respecto a la capacidad funcional. Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos entre Guipúzcoa y Vizcaya.
- *Titularidad del centro:* Los sujetos de los centros privados tienen índices de capacidad funcional menores que los ubicados en los centros públicos, que obtienen puntuaciones más altas.
- *Género:* Las mujeres presentan una capacidad funcional inferior a la de los hombres, siendo además mayor la desviación típica de las mujeres con respecto a los hombres, lo cual hace pensar en un colectivo más heterogéneo.
- *Realización de actividades de tiempo libre:* Se han encontrado diferencias significativas para actividades de tipo físico, culturales y recreativas. En los tres casos los sujetos que realizan las actividades de los tres tipos todos los días son los que obtienen puntuaciones más altas en capacidad funcional. Las puntuaciones más bajas las obtienen los que no realizan ninguna de las actividades mencionadas. Respecto a las actividades físicas se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre los que no hacen y las otras tres categorías indicadas en la Tabla 7.1. En lo que se refiere a actividades recreativas y culturales se han encontrado diferencias entre los grupos que no hacen y los que las hacen todos los días (Tabla 7.1.).
- *Personas con las que se comparte el tiempo libre:* Los sujetos que comparten el Tiempo Libre con la pareja son los que presentan índices mayores de capacidad funcional, seguidos por los que comparten su tiempo libre con compañeros de fuera del centro. Las personas que emplean su tiempo libre con la familia son en los que se observan índices más bajos de capacidad funcional, así como en los que se relacionan exclusivamente en su tiempo libre con los propios residentes del centro donde conviven en la actualidad. Se han observado subconjuntos heterogéneos entre los que lo hacen con compañeros del centro respecto a los que lo hacen en pareja y aquellos que no tienen compañeros con los cuales realizar actividades de tiempo libre y los que lo hacen en pareja.
- *Satisfacción con el tiempo libre:* La capacidad funcional aumenta en la medida en que la satisfacción con el tiempo libre es mayor y viceversa. Los sujetos más satisfechos con el tiempo libre presentan mayores índices de capacidad funcional, mientras que los que no están satisfechos con su

TABLA 7.1 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: Índice de Barthel

Variable	Categoría de la variable	N	BARTHEL			F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
			C	D.T.				
Con quién realiza actividad de TL	Con pareja	27	97.78	8.70			1) Compañeros sin < pareja 2) Solo < con pareja	
	Con familiares	27	76.30	34.66				
	Compañeros out	51	87.45	25.11				
	Compañeros in	240	79.02	28.07	3.955	.004		
	Solo	149	79.56	26.57		.000		
TOTAL		494	80.93	27.36				
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	183	86.56	24.85			1) Poco satisfecho < Muy satisfecho 2) Muy satisfecho < Normal	
	Normal	244	78.81	27.35	7.748	.000		
	Poco satisfecho	68	72.87	31.10		.000		
	TOTAL	495	80.86	27.38				
Tiempo de Institucionalización	0-24 meses	220	77.41	29.52				
	25-48 meses	82	79.27	28.60				
	49-72 meses	57	90.00	19.73				
	73-96 meses	27	83.52	23.44				
	97-120 meses	27	82.78	27.29	2.285	.045		
	> 120 meses	73	84.04	26.20		.009		
TOTAL		486	80.83	27.64				
Capacidad del Centro	< 12 Residentes	31	68.55	31.28			1) < 12 residentes: ≠ > 200 residentes 2) > 200 residentes ≠ 30-100 residentes	
	12-30 Residentes	72	85.42	24.01				
	30-100 Residentes	157	76.11	28.34	5.663	.000		
	101-200 Residentes	121	79.96	30.38		.000		
	> 200 Residentes	116	88.41	20.95				
TOTAL		497	80.79	27.43				

tiempo libre presentan peores índices. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre los que están muy satisfechos con su tiempo libre y los que están poco satisfechos, así como entre los que están muy satisfechos y los que tienen un nivel de satisfacción "normal" con su tiempo libre.

- *Tiempo de institucionalización:* Los sujetos institucionalizados más recientemente (0-24 meses y de 25 a 48 meses) son los que presentan índices de capacidad funcional menores. Los mayores índices de capacidad funcional los presentan los sujetos que ingresaron entre 49 y 72 meses antes de la fecha de este estudio y los sujetos de la muestra que llevan más de 10 años institucionalizados.
- *Capacidad de los centros:* Los centros de menor capacidad (menos de 12 residentes) son los que presentan niveles menores de capacidad funcional de sus residentes. El mejor índice de capacidad funcional de los residentes lo presentan los centros más grandes (más de 200 plazas). Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las Residencias de menos de 12 y de más de 200 plazas, así como entre las de más de 200 y las de entre 30 y 100 plazas.

- *Relaciones no significativas:* La variable capacidad funcional no tiene relaciones significativas con las siguientes variables: existencia de acontecimiento vital importante, edad en grupos, idioma, nivel de instrucción, participación en grupos, profesión anterior, profesión última, tiempo libre (Mass Media), evolución del tiempo libre.

7.3. SALUD PERCIBIDA. CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG (CHQ-28)

Este cuestionario explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar desde el punto de vista psíquico a nivel "normal" y la aparición de fenómenos de malestar psíquico. La versión escogida corresponde a una versión reducida de la escala original (60 ítems) que se realizó a partir del análisis factorial de la primera. Esta prueba otorga una puntuación general y cuatro subescalas, que corresponden a los mencionados factores, que se puntúan como una escala Likert de 0 a 4 (positivo-negativo).

Los resultados de la evaluación constatan la no normalidad de la variable analizada. Los valores en las diferentes subescalas (Tabla 7.2) son los siguientes:

TABLA 7.2

Medidas de tendencia central de las subescalas del CGS

SUBESCALA	N	MEDIA	DESV. TÍPICA
Angustia-ansiedad	500	1,034	1,342
Depresión	500	0,760	1,412
Disfunción social	500	1,800	1,894
Síntomas somáticos	500	1,330	1,705
TOTAL	500	4,90	4,71

En base a las puntuaciones obtenidas la subescala más afectada (con puntuaciones más elevadas que indican presencia de problemática) es la de disfunción social, seguida de la de síntomas somáticos y la de angustia-ansiedad, siendo la subescala menos afectada la de depresión.

Los resultados pueden interpretarse como indicadores de una posible perturbación psicológica dentro de un continuo, y si consideramos el GHQ-28 como una prueba de filtrado, los resultados expresan la probabilidad de patología. Los puntos de corte para la versión utilizada se sitúan entre 4/5, por lo cual el 36% de los sujetos que componen la muestra pueden tener un posible trastorno psicológico.

Respecto a los ítems con puntuaciones más bajas son los relacionados con ideas suicidas (ítems 25 y 28) y considerarse indigno (ítem 22), los ítems con los que los sujetos alcanzan puntuaciones más altas (mayor posibilidad de trastorno) son los que están relacionados con: necesidad de más tiempo para hacer las cosas (ítem 16), ocupación de su tiempo (ítem 15) y estado de salud (ítem 1).

7.3.1. Puntuación total del Cuestionario de salud de Goldberg (CHQ-28)

Como se refleja en las Tablas correspondientes al análisis de varianza de un factor, existen relaciones significativas entre salud percibida y algunas de las variables relevantes según se describe a continuación (Tabla 7.3.):

TABLA 7.3

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-TOTAL

		CGS-TOTAL					F. prob.		Diferencias entre grupos
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	H Kruskal Wallis			
Acontecimiento vital importante	Sí	58	6.93	5.80	10.143	.002			
	NO	367	4.81	4.51					
	TOTAL	425	5.10	4.75					
Estado civil	Soltero	198	4.36	4.15	4.288	.005	Viudo > Soltero		
	Casado	41	3.63	3.89					
	Viudo	237	5.66	5.14					
	Sep./Div.	24	4.00	4.94					
	TOTAL	500	4.90	4.71					
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	6.38	5.30	3.439	.017			
	Leer-escribir	243	5.35	5.16					
	Primarios	200	4.24	4.05					
	Universitarios	18	3.83	3.26					
	TOTAL	493	4.91	4.72					
Residencia por provincia	Vizcaya	292	4.20	4.76	11.059	.000	1) Vizcaya < Guipúzcoa		
	Álava	101	5.11	4.28					
	Guipúzcoa	107	6.64	4.54					
	TOTAL	500	4.90	4.71					
Titularidad	Pública	204	5.58	4.79	7.194	.008			
	Privada	296	4.44	4.61					
	TOTAL	500	4.90	4.71					
Género	Hombre	166	3.90	4.41	11.537	.001			
	Mujer	334	4.40	4.78					
	TOTAL	500	4.90	4.71					
TL: Actividad física	No hace	174	5.76	4.66	8.488	.000	Alguna vez al mes: < todos los días		
	Todos los días	227	4.74	4.80					
	Alguna vez a la semana	42	5.50	5.03					
	Alguna vez al mes	56	2.27	2.91					
	TOTAL	499	4.89	4.70					
TL: Actividad cultural	No hace	339	5.43	4.89	5.818	.001	No hace < Todos los días, alguna vez al mes.		
	Todos los días	103	3.94	4.13					
	Alguna vez a la semana	27	4.26	4.03					
	Alguna vez al mes	30	2.50	3.67					
	TOTAL	499	4.89	4.70					

(Continuación)

TABLA 7.3

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-TOTAL

CGS-TOTAL

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Actividad recreativa	No hace	290	5.58	4.82			Alguna vez al mes < no hace.
	Todos los días	120	4.29	4.44			
	Alguna vez a la semana	56	3.79	4.60	5.984	.001	
	Alguna vez al mes	33	2.85	3.59		.000	
	TOTAL		499	4.89	4.70		
TL: Medios de comunicación	No hace	135	5.52	4.96			Alguna vez al mes: < Todos los días.
	Todos los días	289	5.08	4.80			
	Alguna vez a la semana	24	4.13	3.72	5.757	.001	< No hace.
	Alguna vez al mes	51	2.49	2.72		.001	
	TOTAL		499	4.89	4.70		

- *Presencia de un evento vital estresante:* Los sujetos de la muestra con un evento vital estresante en los últimos meses dan puntuaciones más altas (la prueba está construida de tal manera que las puntuaciones progresivamente más altas son peores) de salud percibida.
- *Estado civil:* Los niveles de salud percibida de mejor a peor son: los casados, separados-divorciados y solteros. Las personas viudas correspondientes a esta muestra son los que dan peores puntuaciones respecto a la salud percibida. Se han encontrado diferencias significativas entre el grupo de sujetos viudos/as y el de solteros.
- *Nivel de instrucción:* A mayor nivel de instrucción mejor salud percibida tienen los individuos.
- *Residencia por provincia:* Las peores puntuaciones respecto a salud percibida las obtienen las Residencias de Guipúzcoa, seguidas por los sujetos residentes en Residencias de Álava. Los sujetos de la muestra residentes en Residencias del territorio histórico de Vizcaya son los que ofrecen mejores índices de salud percibida. Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos: los centros de Vizcaya y Guipúzcoa.
- *Titularidad de los centros:* Los sujetos correspondientes a los centros privados dan puntuaciones más bajas respecto a salud percibida que los residentes en centros de titularidad pública.
- *Género:* Los sujetos de género masculino tienen puntuaciones más bajas en salud percibida que las mujeres.
- *Realización de actividades de tiempo libre:* Las puntuaciones más bajas en salud percibida respecto a las diversas actividades de tiempo libre (de tipo físico, cultural, recreativo, relacionada con los medios de comunicación social o actividades sociales) las obtienen los sujetos que realizan cada una de las actividades "alguna vez al mes". Tanto en lo que respecta a actividades de tipo físico, cultural, recreativo o relacionada con los medios de comunicación la categoría "no realiza" este tipo de actividad es a la que corresponden puntuaciones más altas de salud percibida. En lo relativo a actividades sociales los que realizan dicha actividad todos los días son los que presentan

puntuaciones más altas. Como se puede apreciar en la Tabla 7.3, la realización habitual de una actividad (hacer a diario o varias veces a la semana) hace que los índices de salud percibida, aún no siendo las categorías a los que corresponde peores índices, no obtienen las puntuaciones más bajas. En lo que se refiere a actividades físicas se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre los que hacen la actividad una vez al mes y el resto de las categorías de la variable. Los subconjuntos heterogéneos respecto a actividades de tiempo libre culturales son entre los que hacen "alguna vez al mes" y "no hacen" y entre los que "no hacen" y las realizan "todos los días". Respecto a las actividades recreativas los subconjuntos heterogéneos se dan entre los que la realizan "una vez al mes" y los que "no realizan". En lo que se refiere a actividades de tiempo libre relacionadas con los medios de comunicación social, los subconjuntos heterogéneos se dan entre los que realizan la actividad "alguna vez al mes" y las categorías "no hace" o la realiza "todos los días". No se han encontrado subconjuntos heterogéneos respecto a actividades sociales.

- *Evolución del tiempo libre:* Los puntuaciones más bajas en salud percibida las obtienen los sujetos cuyo tiempo libre no ha variado después de la institucionalización. Los que la variación ha sido a mejor obtienen puntuaciones levemente inferiores a la anterior categoría. Las puntuaciones más altas las obtienen los sujetos incluidos en la categoría de que su tiempo libre ha variado "a peor". Existen subconjuntos heterogéneos entre "no ha variado" y "ha variado a peor"; "ha variado a mejor" y "ha variado a peor".
- *Satisfacción con el tiempo libre:* Las puntuaciones en salud percibida son más bajas en la medida en que la satisfacción con el tiempo libre es mayor y viceversa. Los sujetos más satisfechos con el tiempo libre presentan menores puntuaciones en salud percibida, mientras que los sujetos que no están satisfechos con su tiempo libre presentan puntuaciones más altas. Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos entre los que están muy satisfechos con su tiempo libre y los que están poco satisfechos; y los que están "normalmente" satisfechos y aquellos que están poco satisfechos.
- *Capacidad de los centros:* Los sujetos de los centros más pequeños (menos de 12 plazas) son los que obtienen puntuaciones más bajas. En orden de puntuaciones más bajas a puntuaciones más altas en función de la capacidad nos restan los siguientes tipos de centros: de 12-30 plazas, de 101-200 plazas, de 31 a 100 plazas. Los sujetos de los centros más grandes (más de 200 plazas) son los que peores niveles de salud percibida ofrecen. Se han encontrado un subconjunto heterogéneo entre las residencias de menos de 12 plazas y las de más de 200 plazas.
- *Relaciones no significativas:* La variable salud percibida no tiene relaciones significativas con las siguientes variables: edad en grupos, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, motivo de ingreso, participación en grupos, profesión, con quién realiza las actividades, tiempo de institucionalización y participación en grupos.

7.3.2. Puntuación subescala "Angustia-ansiedad" del Cuestionario de salud de Goldberg (CHQ-28)

Como se refleja en las Tablas correspondientes al análisis de varianza de un factor, existen relaciones significativas entre la subescala de "angustia-ansiedad" y las siguientes variables (Tabla 7.4, Parte 1 y Parte 2):

TABLA 7.4 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Angustia/Ansiedad

CGS-ANGUSTIA/ANSIEDAD

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Profesión	Sus labores	105	1.17	1.43	2.602	.017	
	Agricultura	37	1.03	1.30			
	Industria	122	.74	1.20			
	P. liberal	64	1.41	1.32			
	Funcionario	13	.69	.85			
	Comercio	34	.76	1.35			
	Otros	102	1.19	1.45			
	TOTAL	477	1.04	1.35			
Residencia por provincia	Vizcaya	292	.82	1.30	17.546	.000	1) Vizcaya < Guipúzcoa 2) Álava < Guipúzcoa
	Álava	101	.98	1.16			
	Guipúzcoa	107	1.68	1.42			
	TOTAL	500	1.03	1.34			
Titularidad	Pública	204	1.28	1.44	11.776	.001	
	Privada	296	.86	1.25			
	TOTAL	500	1.03	1.34			
Género	Hombre	166	.75	1.25	11.612	.001	
	Mujer	334	1.18	1.36			
	TOTAL	500	1.03	1.34			
TL: Actividad física	No hace	174	1.18	1.24	4.325	.005	1) Alguna vez al mes: < Todos los días < no hace.
	Todos los días	227	1.09	1.41			
	Alguna vez a la semana	42	.93	1.61			
	Alguna vez al mes	56	.46	.97			
	TOTAL	499	1.04	1.34			

- *Profesión*: Las puntuaciones en orden de menor a mayor son: funcionarios, los sujetos que han trabajado en la industria, en el comercio, en la agricultura, la categoría "sus labores" y, finalmente, la categoría de "profesiones liberales". No se han identificado ningún subconjunto heterogéneos, dentro de las comparaciones múltiples de Scheffé.
- *Residencia por provincia*: Las puntuaciones más bajas dentro de esta escala son las obtenidas por las Residencias del territorio histórico de Vizcaya, seguidas por las del territorio histórico de Álava. Las puntuaciones más altas son las Residencias del territorio histórico de Guipúzcoa. Es necesario hacer constar que las puntuaciones medias de la Residencias de Guipúzcoa doblan las puntuaciones medias de las de Vizcaya. Se han observado subconjuntos heterogéneos entre las Residencias de Vizcaya y Guipúzcoa y entre las de Álava y Guipúzcoa.
- *Titularidad*: La media aritmética de las Residencias de titularidad privada es menor, a la de las Residencias de titularidad pública.
- *Género*: Los sujetos de la muestra de género masculino dan puntuaciones más bajas que los de la muestra de género femenino.

- *Realización de actividades de tiempo libre:* Tanto en lo que respecta a las actividades de tipo físico, culturales, recreativas relacionadas con los medios de comunicación social y actividades sociales, las puntuaciones en orden de menor a mayor las dan los sujetos que realizan las actividades “alguna vez al mes”, “alguna vez a la semana”, “todos los días”, y finalmente, los que no realizan dichas actividades. Por tanto, al aumentar la frecuencia de la realización de actividades de tiempo libre, aumenta la puntuación media que obtienen los sujetos de la muestra en cada una de las categorías de la variable (empeoramiento de las puntuaciones). En lo referente a los subconjuntos heterogéneos, respecto tanto a actividades de tiempo libre que tienen que ver con el ejercicio físico, como las que tienen que ver con los medios de comunicación, se han encontrado entre aquellos que realizan la actividad “una vez al mes” tanto en los que la realizan “todos los días”, como aquellos que “no la realizan”. En lo concerniente a actividades culturales, se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre aquellos que “no la realizan” y los que realizan la citada actividad “alguna vez al mes”.

TABLA 7.4 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Angustia/Ansiedad

CGS-ANGUSTIA/ANSIEDAD

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Actividad cultural	No hace	339	1.12	1.38	3.084	.027	
	Todos los días	103	.97	1.29			
	Alguna vez a la semana	27	.96	1.34			
	Alguna vez al mes	30	.37	.76			
	TOTAL	499	1.04	1.34			
TL: Actividad recreativa	No hace	290	1.14	1.39	2.964	.032	
	Todos los días	120	1.06	1.27			
	Alguna vez a la semana	56	.70	1.31			
	Alguna vez al mes	33	.61	1.14			
	TOTAL	499	1.04	1.34			
TL: Actividad en medios de comunicación	No hace	135	1.13	1.39	4.530	.004	
	Todos los días	289	1.12	1.35			
	Alguna vez a la semana	24	.75	1.33			
	Alguna vez al mes	51	.43	.94			
	TOTAL	499	1.04	1.34			
TL: Actividades sociales	No hace	316	1.12	1.34	3.284	.021	1) Alguna vez al mes < No hace.
	Todos los días	144	1.02	1.35			
	Alguna vez a la semana	24	.58	1.38			
	Alguna vez al mes	15	.20	.77			
	TOTAL	499	1.04	1.34			
Evolución uso TL	No	254	.84	1.19	11.464	.000	1) No < A peor 2) A mejor < A peor
	A mejor	95	.92	1.32			
	A peor	147	1.48	1.51			
	TOTAL	496	1.04	1.34			

(Continuación)

TABLA 7.4 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Angustia/Ansiedad

CGS-ANGUSTIA/ANSIEDAD

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	184	1.00	1.21	14.920	.000	1) Normal < Poco satisfecho. 2) Muy satisfecho < Poco satisfecho.
	Normal	246	.85	1.24			
	Poco satisfecho	68	1.82	1.73			
	TOTAL	498	1.04	1.34			
Capacidad del centro	< 12 Residentes	31	.48	1.00	4.171	.002	1) < 12 residentes ≠ < 200 residentes
	12-30 Residentes	72	.81	1.04			
	30-100 Residentes	159	.99	1.29			
	101-200 Residentes	121	1.01	1.33			
	> 200 Residentes	117	1.40	1.58			
TOTAL	500	1.03	1.34				

- *Evolución del tiempo libre:* Los puntuaciones más bajas en salud percibida las obtienen los sujetos cuyo tiempo libre no ha variado después de la institucionalización. Los que la variación ha sido a mejor obtienen puntuaciones levemente superiores a la anterior categoría. Los peores índices de salud percibida (puntuaciones más altas) los obtienen los sujetos incluidos en la categoría de que su tiempo libre ha variado "a peor". Existen subconjuntos heterogéneos entre: "no ha variado" y "ha variado a peor", "ha variado a mejor" y "ha variado a peor".
- *Satisfacción con el tiempo libre:* Los sujetos de la muestra muy satisfechos con su tiempo libre obtienen las puntuaciones más bajas, seguidos por los sujetos "normalmente" satisfechos y poco satisfechos. Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos entre los que están muy satisfechos con su tiempo libre y los que están poco satisfechos y los que están "normalmente" satisfechos y aquellos que están poco satisfechos.
- *Capacidad de los centros:* Conforme aumenta la capacidad de los centros aumenta la media aritmética de la puntuación de los sujetos correspondiente a la subescala analizada en este apartado. Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos entre las Residencias cuya capacidad es menor a 12 residentes y aquellas cuya capacidad es para más de 200 personas.
- *Relaciones no significativas:* Con acontecimiento vital importante, edad en grupos, estado civil, idioma, lugar de nacimiento, lugar de procedencia, motivo de ingreso, nivel de instrucción, participación en grupos, con quién realiza las actividades de tiempo libre y tiempo de institucionalización.

7.3.3. Puntuación subescala "Depresión" del cuestionario de salud de Goldberg (CHQ-28)

Como se refleja en las Tablas correspondientes al análisis de varianza de un factor, existen relaciones significativas entre la subescala de "depresión" y las siguientes variables:

TABLA 7.5 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Depresión

		CGS-DEPRESIÓN			F. prob.		Diferencias entre grupos
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	H Kruskal Wallis	
Estado civil	Soltero	198	.54	1.19	6.143	.000	
	Casado	41	.39	1.26			
	Viudo	237	1.04	1.56			
	Sep./Div.	24	.46	1.32			
	TOTAL	500	.76	1.41			
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	.97	1.56	3.043	.029	
	Leer-escribir	243	.92	1.64			
	Primarios	200	.58	1.09			
	Universitarios	18	.28	.67			
	TOTAL	493	.76	1.42			
Residencia por provincia	Vizcaya	292	.68	1.45	4.098	.017	1) Álava < Guipúzcoa 2) Vizcaya < Guipúzcoa
	Álava	101	.63	1.07			
	Guipúzcoa	107	1.10	1.54			
	TOTAL	500	.76	1.41			
TL: Actividad física	No hace	174	.80	1.43	4.709	.003	1) Alguna vez al mes: < no hace < todos los días < alguna vez a la semana
	Todos los días	227	.81	1.42			
	Alguna vez a la semana	42	1.12	1.89			
	Alguna vez al mes	56	.14	.44			
	TOTAL	499	.76	1.41			
TL: Actividad cultural	No hace	339	.89	1.52	3.830	.010	
	Todos los días	103	.45	1.00			
	Alguna vez a la semana	27	.74	1.61			
	Alguna vez al mes	30	.30	.88			
	TOTAL	499	.76	1.41			
TL: Medios de comunicación	No hace	135	.90	1.52	3.875	.009	Alguna vez al mes < no hace
	Todos los días	289	.81	1.46			
	Alguna vez a la semana	24	.58	1.25			
	Alguna vez al mes	51	.16	.54			
	TOTAL	499	.76	1.41			
Evolución uso TL	No	254	.56	1.17	11.155	.000	1) No < A peor 2) A mejor < A peor
	A mejor	95	.59	1.22			
	A peor	147	1.21	1.78			
	TOTAL	496	.76	1.41			

- *Estado civil*: Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a los casados, separados-divorciados y solteros. Las personas viudas correspondientes a esta muestra son las que dan las puntuaciones más altas. Se han encontrado diferencias significativas entre el grupo de sujetos viudos/as y el de solteros.
- *Nivel de instrucción*: A mayor nivel de instrucción mejor salud percibida tienen los individuos.

- *Residencia por provincia:* Las Residencias del territorio histórico de Álava son las que menores puntuaciones medias obtienen, seguidas por las Residencias del territorio histórico de Vizcaya. Las Residencias del territorio histórico de Guipúzcoa, son las que obtienen puntuaciones más altas (peores) en la presente subescala. Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos: entre las Residencias de Vizcaya y las de Guipúzcoa.
- *Realización de actividades de tiempo libre:* En lo que se refiere a actividades de tiempo libre de carácter físico y cultural, las puntuaciones obtenidas en orden de menor a mayor corresponden a las siguientes categorías: "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace" (categoría con peor puntuación). Respecto a las actividades de tiempo libre relacionadas con los medios de comunicación, en la medida en que aumenta la frecuencia de realización de la actividad, aumenta la puntuación media obtenida. En las actividades de tiempo libre de carácter físico se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre la categoría de los que realizan dicha actividad "alguna vez al mes" y el resto de las categorías de la variable. Respecto a actividades de tiempo libre de carácter cultural se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías: "no hace" y "hace todos los días". En lo relativo a actividades relacionadas con los medios de comunicación social se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las categorías "alguna vez al mes" y las categorías "no hace" y "todos los días".

TABLA 7.5 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Depresión

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	CGS-DEPRESIÓN		
					F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	184	.45	.99	23.784	.000	1) Muy satisfecho < Poco satisfecho. 2) Normal < Poco satisfecho.
	Normal	246	.70	1.41			
	Poco satisfecho	68	1.76	1.89			
	TOTAL	498	.76	1.41			
Capacidad del centro	< 12 Residentes	31	.45	1.15	3.149	.014	
	12-30 Residentes	72	.44	.90			
	30-100 Residentes	159	.77	1.44			
	101-200 Residentes	121	.68	1.29			
	> 200 Residentes	117	1.10	1.72			
TOTAL	500	.76	1.41				

- *Evolución del tiempo libre:* Las puntuaciones más bajas las obtienen los sujetos cuyo tiempo libre no ha variado después de la institucionalización. Los que la variación ha sido a mejor obtienen puntuaciones levemente superiores (mayores en valor absoluto) a la anterior categoría. Las puntuaciones más altas las obtienen los sujetos incluidos en la categoría de que su tiempo libre ha variado "a peor". Existen subconjuntos heterogéneos entre "no ha variado" y "ha variado a peor", "ha variado a mejor" y "ha variado a peor".

- *Satisfacción con el tiempo libre*: La categoría de la variable "muy satisfecho" obtiene la media aritmética más baja, seguida por la categoría de "normal", siendo la categoría de "poco satisfecho" la que obtiene la media aritmética más alta (peor puntuación). Se han observado subconjuntos heterogéneos entre las categorías de "muy satisfecho" y "poco satisfecho" y entre las de "normal" y "poco satisfecho".
- *Capacidad del centro*: Las medias aritméticas de cada una de las categorías de la variable son de menor a mayor centros cuya capacidad es: "12-30 residentes", "menos de 12 residentes", "de 101 a 200 residentes", "de 30 a 100 residentes" y "más de 200 residentes" (que es la categoría que obtiene peores puntuaciones). Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos entre las Residencias cuya capacidad es de "12 a 30 residentes" y aquellas residencias de "más de 200 residentes".
- *Relaciones no significativas*: Con acontecimiento vital importante, edad en grupos, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, motivo de ingreso, participación en grupos, profesión, titularidad del centro, género, tiempo libre-realización de actividades recreativas, tiempo libre-realización de actividades sociales, con quién realiza las actividades de tiempo libre y tiempo de institucionalización.

7.3.4. Puntuación subescala "disfunción social" del cuestionario de salud de Goldberg (CHQ-28)

Como se refleja en las tablas correspondientes al análisis de varianza de un factor, existen relaciones significativas entre la subescala de "disfunción social" y las siguientes variables:

TABLA 7.6 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Disfunción social

CGS-DISFUNCIÓN SOCIAL

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob.	
						H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Acontecimiento vital importante	Sí	58	2.69	2.22	12.661	.000	
	NO	367	1.75	1.81			
	TOTAL	425	1.88	1.89			
Residencia por provincia	Vizcaya	292	1.57	1.88	5.712	.004	1) Vizcaya < Guipúzcoa
	Álava	101	2.01	2.02			
	Guipúzcoa	107	2.23	1.70			
	TOTAL	500	1.80	1.89			
Género	Hombre	166	1.55	1.78	4.212	.041	
	Mujer	334	1.92	1.94			
	TOTAL	500	1.80	1.89			

(Continuación)

TABLA 7.6 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Disfunción social

CGS-DISFUNCIÓN SOCIAL

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Actividad física	No hace	174	2.26	2.07	8.447	.000	1) Alguna vez al mes: < alguna vez a la semana < no hace.
	Todos los días	227	1.61	1.77			
	Alguna vez a la semana	42	1.98	1.92			
	Alguna vez al mes	56	.95	1.30			
	TOTAL	499	1.79	1.89			
TL: Actividad cultural	No hace	339	2.05	1.98	7.014	.000	1) Alguna vez al mes < no hace.
	Todos los días	103	1.32	1.56			
	Alguna vez a la semana	27	1.30	1.59			
	Alguna vez al mes	30	.97	1.47			
	TOTAL	499	1.79	1.89			
TL: Actividad recreativa	No hace	290	2.17	2.02	9.924	.000	1) Alguna vez al mes < no hace. 2) Todos los días < no hace.
	Todos los días	120	1.23	1.61			
	Alguna vez a la semana	56	1.41	1.49			
	Alguna vez al mes	33	1.18	1.47			
	TOTAL	499	1.79	1.89			
TL: Medios de comunicación	No hace	135	2.04	2.07	3.647	.013	
	Todos los días	289	1.83	1.89			
	Alguna vez a la semana	24	1.50	1.47			
	Alguna vez al mes	51	1.06	1.33			
	TOTAL	499	1.79	1.89			
Con quién realiza actividad de TL	Con pareja	27	1.11	.97	3.873	.004	
	Con familiares	27	1.89	2.47			
	Compañeros out	51	1.06	1.70			
	Compañeros in	242	1.83	1.90			
	Solo	150	2.09	1.88			
TOTAL	497	1.80	1.89				
Evolución uso TL	No	254	1.45	1.68	22.108	.000	1) No < A peor 2) A mejor < A peor
	A mejor	95	1.46	1.69			
	A peor	147	2.64	2.09			
	TOTAL	496	1.80	1.89			
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	184	1.24	1.39	23.119	.000	1) Muy satisfecho < Normal < Poco satisfecho. 2) Normal < Poco satisfecho.
	Normal	246	1.89	2.02			
	Poco satisfecho	68	2.97	2.00			
	TOTAL	498	1.80	1.89			

- *Presencia de un evento vital estresante*: Los sujetos de la muestra con un evento vital estresante en los últimos meses dan puntuaciones más altas en la presente subescala.

- *Residencia por provincia:* Las puntuaciones más altas en esta subescala las obtienen las Residencias de Guipúzcoa, seguidas por los sujetos residentes en Residencias de Álava. Los sujetos de la muestra residentes en Residencias del territorio histórico de Vizcaya son los sujetos que ofrecen puntuaciones más bajas. Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos: los centros de Vizcaya y Guipúzcoa.
- *Género:* Los sujetos de género masculino tienen puntuaciones menores que las mujeres.
- *Realización de actividades de tiempo libre:* Tanto en las actividades de tiempo libre de carácter físico como en las recreativas las puntuaciones de las diferentes categorías de las variables de menor a mayor son las siguientes: "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace" (peor puntuación). Respecto a las actividades culturales y relacionadas con los medios de comunicación social, las puntuaciones de las diferentes categorías de las variables de menor a mayor son las siguientes: "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana", "todos los días" y "no hace", lo cual significa que el nivel de deterioro respecto a la subescala citada aumenta en la medida en que aumenta la realización de la citada actividad. En lo referente a los subconjuntos heterogéneos, tanto en las actividades de tipo físico como cultural se han observado los siguientes: "alguna vez al mes" y "no hace", "todos los días" y "no hace". En el caso de las actividades recreativas los subconjuntos heterogéneos son los siguientes: "no hace", con el resto de las categorías de la variable. En lo que se refiere a las actividades de tiempo libre relacionadas con los medios de comunicación social, se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre los que realizan las actividades "alguna vez al mes" y los que "no hacen".
- *Personas con las que se comparte el tiempo libre:* Los sujetos incluidos en la categoría de realizar las actividades de tiempo libre con "compañeros de fuera del centro" son los que obtienen puntuaciones más bajas, seguidos por las personas que comparten su tiempo libre en pareja, con compañeros del centro, con familiares y finalmente los que se encuentran aislados y no comparten con nadie "solos" su tiempo libre que obtienen puntuaciones más altas, que indican mayor deterioro. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las personas que comparten su tiempo libre con "compañeros de fuera" y aquellos que no comparten con nadie ("solos") su tiempo libre.
- *Evolución del tiempo libre:* Las puntuaciones más bajas las obtienen los sujetos cuyo tiempo libre no ha variado después de la institucionalización. Los que la variación ha sido a mejor obtienen puntuaciones levemente superiores a la anterior categoría. Las puntuaciones más altas las obtienen los sujetos incluidos en la categoría de que su tiempo libre a variado "a peor". Existen subconjuntos heterogéneos entre: "no ha variado" y "ha variado a peor"; "ha variado a mejor" y "ha variado a peor".
- *Satisfacción con el tiempo libre:* La categoría de la variable "muy satisfecho" obtiene la media aritmética más baja, seguida por la de "normal", siendo la categoría de "poco satisfecho" la que obtiene la media aritmética más alta (peor puntuación). Se han observado subconjuntos heterogéneos entre las categorías de "muy satisfecho" y "poco satisfecho" y entre las de "normal" y "poco satisfecho".
- *Tiempo de institucionalización:* Las categorías de la variable con puntuaciones medias de menor a mayor son las siguientes: "más de 120 meses institucionalizados", "de 73 a 96 meses institucionalizado", "de 25 a 48 meses institucionalizado", "de 49 a 72 meses institucionalizado", "de 0 a 24 meses institucionalizado" y "de 97 a 120 meses institucionalizado".

TABLA 7.6 (PARTE 2)

*Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente:
CGS-Disfunción social*

CGS-DISFUNCIÓN SOCIAL

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Tiempo de Institucio- nalización	0-24 meses	222	2.01	1.97	2.744	.019	
	25-48 meses	82	1.60	1.82			
	49-72 meses	57	1.84	1.89			
	73-96 meses	27	1.59	1.45			
	97-120 meses	27	2.41	2.50			
	> 120 meses	74	1.23	1.54			
TOTAL		489	1.80	1.90			
Capacidad del centro	< 12 Residentes	31	.94	1.75	3.907	.004	1) < 12 residentes ≠ < 200 residentes
	12-30 Residentes	72	1.68	1.82			
	30-100 Residentes	159	1.87	1.92			
	101-200 Residentes	121	1.57	1.72			
	> 200 Residentes	117	2.25	2.02			
TOTAL		500	1.80	1.89			

- *Capacidad del centro:* Las categorías de la variable con puntuaciones medias de menor a mayor son las siguientes: "menos de 12 residentes", "de 101 a 200 residentes", "de 12 a 30 residentes", "de 30 a 100 residentes" y, finalmente, con la peor puntuación (mayor en valor absoluto), "más de 200 residentes". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre Residencias de "menos de 12 plazas" y de "más de 200 plazas".
- *Participación en grupos:* La categoría de la variable "si participa" obtiene la media aritmética más baja, seguida por la categoría de "ha participado", siendo la categoría de "no ha participado" la que obtiene la media aritmética más alta. Se han observado subconjuntos heterogéneos entre las categorías de "sí participa en grupos" y "no participa en grupos".
- *Relaciones no significativas:* Con edad en grupos, estado civil, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, motivo de ingreso, nivel de instrucción, participación en grupos, profesión, titularidad del centro y realización de actividades sociales.

7.3.5. Puntuación subescala "Síntomas somáticos" del cuestionario de salud de Goldberg (CHQ-28)

Como se refleja en la Tabla 7.7. tanto en la primera como en la segunda parte correspondientes al análisis de varianza de un factor, existen relaciones significativas entre la subescala de "síntomas somáticos" y las siguientes variables:

TABLA 7.7

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS-Sintomas somáticos

CGS-SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Acontecimiento vital importante	Sí	58	1.79	2.09	4.164	.042	
	NO	367	1.31	1.61			
	TOTAL	425	1.37	1.69			
Residencia por provincia	Vizcaya	292	1.17	1.67	3.227	.041	
	Álava	101	1.49	1.63			
	Guipúzcoa	107	1.62	1.83			
	TOTAL	500	1.33	1.70			
Titularidad	Pública	204	1.51	1.77	4.069	.044	
	Privada	296	1.20	1.65			
	TOTAL	500	1.33	1.70			
Género	Hombre	166	1.01	1.55	8.777	.003	
	Mujer	334	1.49	1.76			
	TOTAL	500	1.33	1.70			
TL: Actividad física	No hace	174	1.53	1.83	3.156	.025	
	Todos los días	227	1.25	1.65			
	Alguna vez a la semana	42	1.52	1.70			
	Alguna vez al mes	56	.79	1.28			
	TOTAL	499	1.32	1.69			
TL: Actividad recreativa	No hace	290	1.45	1.73	2.807	.039	
	Todos los días	120	1.35	1.81			
	Alguna vez a la semana	56	.93	1.41			
	Alguna vez al mes	33	.76	1.06			
	TOTAL	490	1.32	1.69			
Evolución uso TL	No	254	1.16	1.63	7.327	.001	1) A mejor < A peor. 2) No < A peor.
	A mejor	95	1.06	1.51			
	A peor	147	1.76	1.82			
	TOTAL	496	1.32	1.69			
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	184	1.10	1.64	8.853	.000	1) Muy satisfecho < Poco satisfecho. 2) Normal < Poco satisfecho.
	Normal	246	1.27	1.59			
	Poco satisfecho	68	2.09	2.01			
	TOTAL	498	1.32	1.70			

- *Presencia de un evento vital estresante:* Los sujetos de la muestra con un evento vital estresante en los últimos meses dan puntuaciones más altas.
- *Residencia por provincia:* Las puntuaciones más altas las obtienen las Residencias de Guipúzcoa, seguidas por los sujetos residentes en las de Álava. Los sujetos de la muestra residentes en residencias del territorio histórico de Vizcaya son los sujetos que ofrecen puntuaciones más bajas.
- *Titularidad:* La media aritmética de las Residencias de titularidad privada es menor a la media aritmética de las de titularidad pública.

- *Género*: Los sujetos de la muestra de género masculino dan puntuaciones más bajas que los de la muestra de género femenino.
- *Realización de actividades de tiempo libre*: En lo que respecta a actividades de tiempo libre de carácter físico las puntuaciones de menor a mayor se dan en las siguientes categorías de la variable: "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace" (categoría de mayor puntuación). Se dan subconjuntos heterogéneos entre las categorías de "no hace" y "alguna vez al mes". En el caso de las actividades recreativas, las puntuaciones más altas (mayor deterioro) se dan en los sujetos que no realizan actividades de tiempo libre de carácter recreativo en las restantes categorías de la variable .
- *Variación en el uso del tiempo libre*: Los sujetos de la muestra cuyo tiempo libre ha variado "a mejor" obtienen la puntuación media más baja; seguidos por aquellos que su tiempo libre no ha variado y que es levemente superior a la categoría anterior. Siendo los sujetos cuyo tiempo libre ha variado a peor los que obtienen una media aritmética superior (mayor deterioro). Se han observado subconjuntos heterogéneos entre las categorías de la variable "a mejor" y "a peor", así como entre las categorías "normal" y "a peor".
- *Satisfacción con el uso del tiempo libre*: La puntuación más baja la obtienen los sujetos que están muy satisfechos con su tiempo libre y la puntuación más alta los que están poco satisfechos con su tiempo libre. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las categorías "muy satisfecho" y "poco satisfecho", "normal" y "poco satisfecho".
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables*: Edad en grupos, estado civil, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, motivo de ingreso, participación en grupos, profesión, titularidad del centro, realización de actividades culturales, realización de actividades sociales, realización de actividades relacionadas con los Mass-Media, con quién realiza las actividades de tiempo libre, tiempo de institucionalización y capacidad del centro.

7.4. NIVEL DE DEPRESIÓN (GDS)

En cuanto al nivel de depresión observado en la muestra, con un N=500, la media es de 9,204, con una desviación típica de 5,785, mediana igual a 8,000 y moda igual a 3,000.

La escala utilizada (a mayor puntuación mayor perturbación) sugiere una posible agrupación en cuatro categorías, que arrojan los siguientes resultados: no depresión (318 personas, 63,6% de la muestra), depresión leve (108 personas, 21,6% de la muestra), depresión importante (60 personas, 12% de la muestra) y depresión severa (14 personas, 2,8% de la muestra).

Es importante señalar que la media aritmética de las puntuaciones obtenidas está muy cercana al punto de corte (11 puntos), que es superado por el 36,4% de la muestra, aunque no conviene olvidar que el porcentaje de depresiones importantes y severas es del 14,8%. Los ítems peor puntuados son: el ítem 10 (sentimiento de desamparo e indefensión), un 76,6% de respuestas negativas; el ítem 20 (posibilidad de realizar proyectos nuevos), 68,2% de respuestas negativas; el ítem 2 (abandono de intereses y actividades), 54% de respuestas negativas; los ítems 30 (autovaloración mental) y 5 (optimis-

mo), ambos con un 44,2% de respuestas negativas; el ítem 3 (sentimiento de vacío), 42,2% de respuestas negativas y el ítem 21 (energía), con un 41,2% de respuestas negativas.

Respecto al análisis de varianza de un factor estas son las relaciones significativas encontradas:

TABLA 7.8 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: GDS

		GDS						
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos	
Acontecimiento vital importante	Sí	58	11.38	6.71				
	NO	367	8.84	5.56	9.862	.002		
	TOTAL	425	9.18	5.79		.007		
Estado civil	Soltero	198	8.56	5.22			1) Sep./Div. < Viudos	
	Casado	41	7.37	6.04	6.739	.000		
	Viudo	237	10.31	6.12		.000		
	Sep./Div.	24	6.75	3.98				
	TOTAL	500	9.20	5.78				
Género	Hombre	166	7.73	5.45				
	Mujer	334	9.94	5.81	16.667	.000		
	TOTAL	500	9.20	5.78		.000		
TL: Actividad física	No hace	174	10.37	5.87				
	Todos los días	227	8.56	5.70	4.449	.004		
	Alguna vez a la semana	42	9.62	5.96		.002		
	Alguna vez al mes	56	7.84	5.23				
	TOTAL	499	9.20	5.79				
TL: Actividad cultural	No hace	339	9.96	5.96			1) Alguna vez al mes < no hace.	
	Todos los días	103	7.82	5.26	6.862	.000		
	Alguna vez a la semana	27	7.81	4.46		.000		
	Alguna vez al mes	30	6.50	4.80				
	TOTAL	499	9.20	5.79				
TL: Actividad recreativa	No hace	290	10.00	5.98				
	Todos los días	120	7.83	5.07	4.866	.002		
	Alguna vez a la semana	56	8.66	6.19		.002		
	Alguna vez al mes	33	8.00	4.69				
	TOTAL	499	9.20	5.79				
TL: Mass Media	No hace	135	10.56	6.47				
	Todos los días	289	8.87	5.57				
	Alguna vez a la semana	24	8.25	5.19	3.958	.008		
	Alguna vez al mes	51	7.90	4.74		.030		
	TOTAL	499	9.20	5.79				
Con quién realiza actividad de TL	Con pareja	27	5.81	4.86			1) Con la pareja < Solo	
	Con familiares	27	9.63	6.88				
	Compañeros out	51	7.98	5.63				
	Compañeros in	242	9.10	5.48	4.255	.002		
	Solo	150	10.21	5.86		.000		
	TOTAL	497	9.17	5.74				

- *Presencia de acontecimiento vital estresante*: Los sujetos de la muestra que han sufrido un evento vital estresante obtienen mayores puntuaciones que los sujetos que no lo han padecido.
- *Estado civil*: Las puntuaciones de mayor a menor se dan en las siguientes categorías de la variable: viudos, solteros, casados y finalmente con el nivel de depresión más bajo, la categoría de separados-divorciados. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre los subconjuntos de separados-divorciados y el de viudos, el subconjunto de viudos y el de solteros, el subconjunto de viudos y el de casados.
- *Género*: Las mujeres tienen mayor nivel de depresión que los hombres.
- *Realización de actividades de tiempo libre*: Tanto en lo que se refiere a actividades de tiempo libre de tipo físico, cultural y recreativo las puntuaciones que manifiestan mayor nivel de depresión se sitúan en la categoría de las personas que no realizan dicha actividad, mientras que los menores niveles de depresión se encuentran en la categoría que realiza la actividad "alguna vez al mes". En las actividades de tiempo libre de carácter físico y recreativo los que hacen las actividades "todos los días" manifiestan la segunda puntuación más baja en cuanto al nivel de depresión, siendo la tercera puntuación más baja aquellos que realizan las actividades "alguna vez a la semana". En las actividades de tiempo libre de tipo cultural y las relacionadas con los medios de comunicación lo manifestado en la frase anterior varía levemente, siendo los que realizan la actividad "todos los días" los que tienen levemente superior la media aritmética que los que realizan la actividad "alguna vez a la semana". Respecto a las actividades de carácter físico, cultural y relacionada con los medios de comunicación se han encontrado los siguientes subconjuntos homogéneos en ambas variables: "no hace" y "alguna vez a la semana" y "todos los días". En lo que se refiere a actividades culturales los subconjuntos homogéneos se dan en las siguientes categorías de la variable: "no hace" y "todos los días".
- *Personas con las que se comparte el tiempo libre*: Las medias aritméticas de cada una de las categorías de la variable de menor a mayor son los que comparten el tiempo libre con: "pareja", "compañeros de fuera", "compañeros de la Residencia", "con la familia" y, finalmente, aquellos que no comparten con nadie el tiempo libre, es decir, la categoría de "solos". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre los que comparten el tiempo libre "con la pareja" y los que lo hacen "solos".

TABLA 7.8 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: GDS

Variable	Categoría de la variable	N	GDS			F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
			X	D.T.				
Evolución uso TL	No	254	8.01	5.16	34.740	.000	1) A mejor < A peor 2) No < A peor	
	A mejor	95	7.48	5.34				
	A peor	147	12.25	5.76				
	TOTAL	496	9.17	5.73				.000

(Continuación)

TABLA 7.8 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: GDS

Variable	Categoría de la variable	GDS					F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
		N	X	D.T.					
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	184	6.57	4.47				1) Muy satisfecho < Normal y < poco satisfecho. 2) Normal < Poco satisfecho.	
	Normal	246	9.27	5.14					
	Poco satisfecho	68	15.79	5.47	86.397	.000			
	TOTAL	498	9.16	5.74		.000			

- *Evolución del tiempo libre:* Los sujetos de la muestra en los que la utilización del tiempo libre ha variado "a mejor" son los que presentan menores puntuaciones, mientras que los sujetos cuya utilización del tiempo libre ha variado a peor son los que presentan mayores puntuaciones (depresión leve). Existen subconjuntos homogéneos entre "ha variado a mejor" y "ha variado a peor", "no ha variado" y "ha variado a peor".
- *Satisfacción con el tiempo libre:* El nivel de depresión es inverso al nivel de satisfacción con el tiempo libre. La categoría de sujetos "muy satisfechos" con su tiempo libre son los que menores puntuaciones presentan, siendo los sujetos que están "poco satisfechos" con su tiempo libre los que mayores puntuaciones presentan (depresión leve). Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las categorías: "muy satisfecho" con "normal" y "poco satisfecho" y las categorías de "normal" y "poco satisfecho".
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables:* Edad en grupos, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, motivo de ingreso, nivel de instrucción, participación en grupos, profesión, residencia por provincia, titularidad del centro, realización de actividades sociales, tiempo de institucionalización y capacidad del centro.

7.5. NIVEL DE ANSIEDAD (EADG)

El EADG es una escala tipo *screening* para medir ansiedad y depresión. En el presente trabajo sólo se ha utilizado la subescala de ansiedad, en la que puntuaciones más altas indica mayor perturbación. Los resultados obtenidos dan una media de 3,812 puntos (se considera 5 el punto de corte) y una desviación típica de 3,1999.

El 75% de los sujetos de la muestra tienen sus puntuaciones por debajo del punto de corte. No obstante, esta prueba tiene como objetivo el detectar posibles casos de ansiedad y no el diagnóstico de la misma.

Respecto al análisis de varianza de un factor estas son las relaciones significativas encontradas:

TABLA 7.9 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: EADG

		EADG			F. prob.		Diferencias entre grupos
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	H Kruskal Wallis	
Acontecimiento vital importante	SI	58	5.14	4.11	10.746		
	NO	367	3.63	3.09			
	TOTAL	425	3.84	3.28			
Estado civil	TOTAL	425	3.84	3.28			.010
	Soltero	198	3.50	3.00	3.344		
	Casado	41	3.29	3.50			
	Viudo	237	4.26	3.32			
	Sep./Div.	24	2.83	2.55			
TOTAL	500	3.81	3.20	.019			
Idioma	Soltero	237	4.26	3.32	3.344		
	Casado	41	3.29	3.50			
	TOTAL	500	3.81	3.20			
Idioma	Euskera	149	3.39	3.09	3.909		
	Castellano	347	4.01	3.24			
	TOTAL	496	3.82	3.21			
Nivel de instrucción	TOTAL	496	3.82	3.21			.031
	Analfabetos	32	4.84	4.42	2.754		
	Leer-escribir	243	4.02	3.10			
	Primarios	200	3.44	3.09			
	Universitarios	18	3.00	2.99			
TOTAL	493	3.80	3.21	.042			
Profesión	TOTAL	493	3.80	3.21			.051
	Sus labores	105	4.67	3.81	3.025		
	Agricultura	37	4.24	3.23			
	Industria	122	3.43	2.97			
	Profesión liberal	64	4.08	2.80			
	Funcionario	13	3.92	3.15			
	Comercio	34	2.82	2.29			
	Otras	102	3.20	2.89			
TOTAL	477	3.77	3.16	.007			
Género	TOTAL	477	3.77	3.16			.023
	Hombre	166	2.87	2.77	22.603		
	Mujer	334	4.28	3.30			
TOTAL	500	3.81	3.20	.000			
TL: Actividad física	TOTAL	500	3.81	3.20			.000
	No hace	174	4.24	3.14	2.813		
	Todos los días	227	3.66	3.28			
	Alguna vez a la semana	42	4.10	3.34			
	Alguna vez al mes	56	2.91	2.79			
TOTAL	499	3.81	3.20	.039			
TL: Mass Media	TOTAL	499	3.81	3.20			.008
	No hace	135	4.50	3.81	4.399		
	Todos los días	289	3.69	2.95			
	Alguna vez a la semana	24	3.88	2.88			
	Alguna vez al mes	51	2.69	2.58			
TOTAL	499	3.81	3.20	.005			
							.012

- *Presencia de acontecimiento vital estresante:* Los sujetos de la muestra que han sufrido un evento vital estresante tienen mayores puntuaciones que los sujetos que no lo han padecido.

- *Estado civil*: Las puntuaciones de ansiedad de mayor a menor se dan en las siguientes categorías de la variable: viudos, solteros, casados y, finalmente, con el nivel de ansiedad más bajo, la categoría de separados-divorciados.
- *Idioma*: Los sujetos de la muestra que tienen como primera lengua el idioma vasco, presentan menores niveles de ansiedad que aquellos que tienen como primera lengua el castellano.
- *Nivel de instrucción*: En la medida en que aumenta el nivel de instrucción disminuye el nivel de ansiedad.
- *Profesión*: El nivel de ansiedad de menor a mayor se da en las siguientes categorías de la variable: "comercio", "otras profesiones", "industria", "funcionario", "profesión liberal", "agricultura-pesca" y, finalmente con el mayor nivel de ansiedad, la categoría "sus labores".
- *Género*: Las mujeres tienen mayor nivel de ansiedad que los hombres.
- *Actividades de tiempo libre*: Tanto en las actividades de tipo físico como en aquellas relacionadas con los medios de comunicación las categorías de la variable que presentan índices de menor a mayor nivel de ansiedad son los siguientes: "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y, finalmente, los que no realizan ninguna de las citadas actividades, que pertenecen a la categoría de "no hace", que es la que da mayor nivel de ansiedad. Se han encontrado para las actividades relacionadas con los medios de comunicación dos subconjuntos homogéneos entre las categorías "alguna vez al mes" y "no hace".

TABLA 7.9 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: EADG

Variable	Categoría de la variable	EADG					F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
		N	X	D.T.					
Evolución uso TL	No	254	3.16	2.79		26.820	.000	1) No < A peor 2) A mejor < A peor	
	A mejor	95	3.17	2.61					
	A peor	147	5.36	3.69					
	TOTAL	496	3.81	3.21					
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	184	2.91	2.47		39.729	.000	1) Muy satisfecho < Poco satisfecho. 2) Normal < Poco satisfecho.	
	Normal	246	3.70	2.94					
	Poco satisfecho	68	6.66	4.17					
	TOTAL	498	3.81	3.20					

- *Evolución del tiempo libre*: Los índices de menor a mayor nivel de ansiedad se dan en las siguientes categorías de la variable: "no ha variado el tiempo libre", "ha variado a mejor" (una centésima superior en la media aritmética respecto de la categoría precedente) y, finalmente, la categoría de la variable "ha variado a peor", en la que están incluidos los sujetos que opinan que su tiempo libre ha variado a peor después de su institucionalización. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre los subconjuntos homogéneos: "no ha variado" y "ha variado a peor", "ha variado a mejor" y "ha variado a peor".

- *Satisfacción con el tiempo libre*: El nivel de ansiedad aumenta en la medida en que disminuye la satisfacción con el tiempo libre. Se han observado subconjuntos homogéneos entre las categorías: "muy satisfecho" y "normal" y "poco satisfecho"; "normal" y "poco satisfecho".
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables*: Edad en grupos, lugar de nacimiento, lugar de residencia, motivo de ingreso, participación en grupos, residencia por provincia, titularidad del centro, realización de actividades culturales, realización de actividades recreativas, realización de actividades sociales, con quién realiza las actividades, tiempo de institucionalización y capacidad del centro.

7.6. SATISFACCIÓN VITAL (ESCALA DE SATISFACCIÓN DE FILADELFIA)

Esta prueba mide una variable única que es la "satisfacción global en la vida". Los resultados de la muestra dan una media de 9,376 y una desviación típica de 3,932. La puntuación que alcanzan los sujetos en esta escala se puede considerar que es una puntuación levemente superior a la media (9,376 sobre un total posible de 16 puntos), que es inferior a la obtenida en el estudio para la construcción de la escala ($X=11,3$) (Lawton, 1972), pero superior a la obtenida por Montorio (1990), que igual que la presente muestra procede de un marco institucional, mientras que las puntuaciones obtenidas por Lawton en el estudio original procedían tanto de la comunidad como de centros residenciales.

Los ítems peor valorados son el ítem 5 (utilidad), con un 70,8% de respuestas negativas; ítem 9 (felicidad en comparación con juventud), con un 61,2% de respuestas negativas, y el ítem 13 (nivel de dificultad que pone la vida), con un 62,2% de respuestas negativas.

TABLA 7.10

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: Lawton

		LAWTON					F. prob.	
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos	
Acontecimiento vital importante	Sí	57	8.04	4.20	8.033	.005		
	NO	366	9.59	3.80				
	TOTAL	423	9.38	3.89				.009
Estado civil	Soltero	198	9.95	3.37	6.333	.000	1) Viudos < Sep./Div.	
	Casado	41	10.27	4.08				
	Viudo	235	8.60	4.02				
	Sep./Div.	24	10.71	3.07				
	TOTAL	498	9.38	3.93				.001
Género	Hombre	165	10.19	3.62	10.738	.001		
	Mujer	333	8.97	4.02				
	TOTAL	498	9.38	3.93				.002

(Continuación)

TABLA 7.10

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: Lawton

LAWTON							
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Actividad cultural	No hace	337	8.94	3.90			
	Todos los días	103	10.38	3.73			
	Alguna vez a la semana	27	9.93	3.90	4.537	.004	
	Alguna vez al mes	30	10.40	4.28		.003	
	TOTAL	497	9.38	3.93			
TL: Actividad recreativa	No hace	288	8.91	3.87			
	Todos los días	120	10.04	4.05			
	Alguna vez a la semana	56	10.00	3.93	3.294	.020	
	Alguna vez al mes	33	10.03	3.62		.013	
	TOTAL	497	9.38	3.93			
Evolución uso TL	No	254	10.20	3.59			1) A peor < A mejor.
	A mejor	94	10.19	3.91			2) A peor < No.
	A peor	146	7.48	3.80	37.619	.000	
	TOTAL	494	9.40	3.91		.000	
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	184	11.09	3.41			1) Poco satisfecho < normal y < muy satisfecho.
	Normal	245	9.13	3.59			
	Poco satisfecho	67	5.70	3.66	58.472	.000	
	TOTAL	496	9.40	3.92		.000	2) Muy satisfecho > normal.

Respecto al análisis de varianza de un factor estas son las relaciones significativas encontradas (Tabla 7.10):

- *Presencia de acontecimiento vital estresante*: Los sujetos de la muestra que han sufrido un evento vital estresante tienen menor satisfacción vital que los sujetos que no lo han padecido.
- *Estado civil*: Los niveles de satisfacción vital de menor a mayor se dan en las siguientes categorías de la variable: viudos, solteros, casados y finalmente con el nivel de satisfacción vital más alto la categoría de separados-divorciados. Se ha encontrado un subconjunto homogéneo entre el grupo de separados-divorciados y el grupo de viudos.
- *Género*: Los hombres tienen mayor nivel de satisfacción vital que las mujeres.
- *Actividades de tiempo libre*: Respecto a las actividades de tiempo libre de carácter cultural las puntuaciones medias de mayor a menor satisfacción vital en cada una de las categorías de la variable son: "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace" (nivel de satisfacción vital más bajo). En lo que respecta a actividades recreativas las puntuaciones medias de mayor a menor satisfacción vital en cada una de las categorías de la variable son: "todos los días", "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana" y, finalmente, con el nivel de satisfacción más bajo, "no hace". Se han encontrado subconjuntos homogéneos únicamente para actividades culturales en las siguientes categorías de la variable: "no hace" y "todos los días".

- *Evolución del tiempo libre*: Los sujetos de la muestra cuyo tiempo libre no ha variado, que corresponde a la categoría "no ha variado", son los que mayor nivel de satisfacción vital alcanzan, seguidos de aquellos que el tiempo libre ha variado "a mejor" (una centésima menos). La categoría en la que se encuentran ubicados los sujetos que menor nivel de satisfacción vital obtienen es la categoría de los que el tiempo libre ha variado "a peor". Se han encontrado los siguientes subconjuntos homogéneos: "a peor", "a mejor"; y "a peor", "no ha variado".
- *Satisfacción con el tiempo libre*: El nivel de satisfacción vital está relacionado con el nivel de satisfacción con el tiempo libre. La categoría de sujetos "muy satisfechos" con su tiempo libre son los que mayores índices de satisfacción vital presentan, siendo los sujetos que están "poco satisfechos" con su tiempo libre los que menores niveles de satisfacción vital presentan. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre: "poco satisfecho" con "normal" y "muy satisfecho"; "muy satisfechos" y "normal".
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables*: Edad en grupos, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, motivo de ingreso, nivel de instrucción, participación en grupos, profesión, residencia por provincia, titularidad del centro, realización de actividad física, realización de actividades relacionadas con los Mass-Media, realización de actividades sociales, con quien realiza las actividades de tiempo libre, tiempo de institucionalización y capacidad del centro.

7.7. RENDIMIENTO COGNITIVO (MEC)

A través de la presente prueba (Mini Examen Cognoscitivo, MEC), se evalúan aspectos relevantes de la función intelectual, como la orientación en tiempo y espacio, la memoria de fijación y reciente, la atención y el cálculo, el lenguaje y la construcción visuo-espacial. La versión utilizada en el presente trabajo alcanza una puntuación total de 35 puntos. Los resultados obtenidos dan una media de 27,076 puntos, con una desviación típica de 4,783. Siendo 25 el punto de corte, el 69,3% de los individuos de la muestra tienen intacto su rendimiento cognitivo (346 sujetos); dentro de la categoría de deterioro intelectual leve se encontrarían el 23,4% de la muestra (117 sujetos); deterioro intelectual grave, 33 sujetos (6,6% de la muestra), y deterioro intelectual muy grave 3 sujetos (el 0,6% de la muestra).

De las funciones cognitivas que mide la escala se han obtenido los siguientes resultados (Tabla 7.11):

TABLA 7.11

Medidas de tendencia central. MEC

FUNCIÓN COGNITIVA	PUNTUACIÓN TOTAL	NÚMERO DE SUJETOS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Concentración y cálculo	8	499	5,256	2,464
Fijación	3	499	2,952	,412
Lenguaje y construcción	11	500	9,022	1,603
Memoria	3	499	1,222	1,161
Orientación	10	450	8,668	1,710
TOTAL	35	499	27,079	4,799

Según los resultados obtenidos, el rendimiento de los sujetos de la muestra en las diferentes funciones cognitivas (sobre un máximo de 10 puntos todas ellas, independientemente en este caso del peso de cada una de las funciones en la prueba original) de mejor a peor es: memoria de fijación (9,84), orientación (8,668), lenguaje y construcción (8,20), concentración y cálculo (6,57), y finalmente la función cognitiva en la que el rendimiento es menor sería la memoria reciente (4,07).

7.7.1. Puntuación total del miniexamen cognoscitivo (MEC)

Las relaciones significativas (Tabla 7.12) encontradas:

TABLA 7.12 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC

Variable	Categoría de la variable	MEC			F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
		N	X	D.T.			
Grupos de edad	36-64 años	33	27.73	5.45	2.815	.007	
	65-69 años	46	28.28	4.20			
	70-74 años	54	28.31	4.22			
	75-79 años	81	27.28	4.90			
	50-84 años	127	26.92	4.63			
	85-89 años	104	26.93	4.96			
	90-94 años	43	24.81	4.65			
	95-99 años	9	24.78	4.58			
	TOTAL	497	27.09	4.79			
Estado civil	Soltero	198	27.28	4.65	4.263	.005	1) Viudos < Sep./Div.
	Casado	41	28.05	4.02			
	Viudo	236	26.48	4.96			
	Sep./Div.	24	29.63	4.28			
	TOTAL	499	27.28	4.78			
Idioma	Euskera	148	28.01	4.56	8.033	.005	
	Castellano	347	26.69	4.82			
	TOTAL	495	27.09	4.77			
Lugar de nacimiento	Mismo pueblo	118	28.16	4.56	4.415	.002	
	Misma provincia	185	26.92	4.72			
	CAV	30	28.93	4.07			
	Otra provincia	162	26.12	4.90			
	Extranjero	3	27.33	7.23			
	TOTAL	498	27.08	4.49			
Motivo de ingreso	Salud	169	26.51	4.70	2.738	.019	
	Familia	62	26.74	4.45			
	Económico	11	27.00	4.94			
	Soledad	152	26.97	5.07			
	Vivienda	20	27.15	5.05			
	Otros	68	28.97	4.12			
	TOTAL	482	27.07	4.78			

(Continuación)

TABLA 7.12 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F. prob.		Diferencias entre grupos
					F	H Kruskal Wallis	
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	21.94	4.82	33.557	.000	1) Analfabetos < Leer-escribir; 2) Analfabetos < Primarios; 3) Analfabetos < Universitarios; 4) Leer-escribir < Primarios y Universitarios.
	Leer-escribir	243	26.10	4.77			
	Primarios	199	28.98	3.93			
	Universitarios	18	30.33	3.79			
	TOTAL	492	27.11	4.78			
Residencia por provincia	Vizcaya	292	26.51	4.79	6.974	.001	1) Vizcaya < Guipúzcoa.
	Álava	101	27.20	4.69			
	Guipúzcoa	106	28.51	4.58			
	TOTAL	499	27.08	4.78			
Género	Hombre	166	28.36	4.30	18.597	.000	
	Mujer	333	26.44	4.89			
	TOTAL	499	27.08	4.78			
TL: Actividad física	No hace	174	25.82	4.89	7.816	.000	1) No hace: < Alguna vez a la semana. < Alguna vez al mes.
	Todos días	226	27.46	4.77			
	Alg. vez semana	42	28.33	4.08			
	Alg. vez mes	56	28.64	3.97			
	TOTAL	498	27.09	4.77			

- *Grupos de edad*: Las puntuaciones en orden de puntuaciones más altas a puntuaciones más bajas en el funcionamiento cognitivo, corresponden a las siguientes categorías de la variable: "65 a 69 años", "70 a 74 años", "36 a 64 años", "75 a 79 años", "85 a 89 años", "80 a 84 años", "90 a 94 años" y "95 a 99 años".
- *Estado civil*: Las puntuaciones en orden de mejor a peor puntuaciones corresponden a: "separados-divorciados", "casados", "solteros" y "viudos". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre "viudos" y "separados-divorciados".
- *Idioma*: Los sujetos de la muestra que tienen como primera lengua la lengua vasca tienen la puntuación media respecto al funcionamiento cognitivo mayor que las personas que tienen como primera lengua el castellano.
- *Lugar de nacimiento*: Las puntuaciones en orden de más altas a más bajas en el funcionamiento cognitivo, corresponden a las siguientes categorías de la variable: "nacidos en la Comunidad Autónoma del País Vasco", "nacidos en el mismo pueblo donde se encuentra el centro en el que residen", "nacidos en países del extranjero", "nacidos en la misma provincia pero en diferente población del centro en el que actualmente residen" y, finalmente, "los nacidos en otra provincia". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre aquellos que nacieron en el "mismo pueblo" y los que nacieron en la "misma provincia".

- *Motivo de ingreso*: Las puntuaciones de más altas a más bajas en el funcionamiento cognitivo corresponden a las siguientes categorías de la variable: "otros motivos", "motivos de vivienda", "motivos económicos", "motivos de soledad", "motivos familiares" y "motivos relacionados con la salud". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre los motivos de "salud" y "otros motivos".
- *Nivel de instrucción*: En la medida que aumenta el nivel de instrucción aumenta el nivel de funcionamiento cognitivo. Se han encontrado subconjuntos homogéneos para: "analfabetos" y "leer-escribir", "primarios", "universitarios"; para "leer-escribir", "primarios" y "universitarios".
- *Residencia por provincia*: Las Residencias de la muestra correspondiente a las Residencias de Guipúzcoa son las que presentan un nivel más alto de rendimiento cognitivo, seguidas por las Residencias de Álava, siendo las Residencias de la provincia de Vizcaya las que presentan un nivel más bajo de rendimiento cognitivo. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las Residencias de Vizcaya y Guipúzcoa.
- *Género*: Los hombres tienen un rendimiento cognitivo más alto que las mujeres.
- *Actividades de tiempo libre*: En las actividades de tiempo libre de tipo físico, el nivel de rendimiento cognitivo de más alto a más bajo corresponde a las siguientes categorías de la variable: "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana", "todos los días" y "no hace". En las actividades de tiempo libre tanto culturales como recreativas el nivel de rendimiento cognitivo varía de más alto a más bajo en las siguientes categorías de la variable: "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace". En las actividades de tiempo libre relacionadas con los medios de comunicación el nivel de rendimiento cognitivo varía de más a menos en las siguientes categorías de la variable: "alguna vez al mes", "no hace", "todos los días", "alguna vez a la semana". Se han encontrado subconjuntos homogéneos para las actividades físicas, que son los siguientes: "no hace" y "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana" y "todos los días. Respecto a las actividades de tiempo libre de tipo cultural", se han encontrado los siguientes subconjuntos homogéneos: "no hace" y "alguna vez al mes", "todos los días". En lo referente a las actividades de tiempo libre de tipo recreativo los subconjuntos homogéneos encontrados corresponden a "no hace" y "todos los días". En las actividades relacionadas con los medios de comunicación social los subconjuntos homogéneos son: "alguna vez al mes" y "todos los días".
- *Personas con las que comparte el tiempo libre*: Las personas que comparten el tiempo libre con su pareja son los que tienen puntuaciones más altas respecto al rendimiento cognitivo, seguidos por las siguientes categorías de la variable en orden decreciente de rendimiento cognitivo: los que comparten el tiempo libre con "compañeros de fuera", "con familiares", "con compañeros del mismo centro" y, finalmente, los que no comparten con nadie su tiempo libre, es decir, la categoría de "solos". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre aquellos que comparten su tiempo libre con "compañeros de fuera" y "con compañeros de la misma Residencia".
- *Evolución del uso del tiempo libre*: Las personas cuyo tiempo libre ha variado a mejor son los que mejor rendimiento cognitivo alcanzan, seguidos por las personas cuyo tiempo libre no ha variado; siendo los que el tiempo libre ha variado a peor los que peores puntuaciones alcanzan. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre los que el tiempo libre ha variado "a peor" y aquellos cuyo tiempo libre no ha variado o ha variado a mejor.

TABLA 7.12 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	MEC		Diferencias entre grupos
					F	F. prob. H Kruskal Wallis	
TL: Actividad física	No hace	338	26.34	4.82	9.441	.000	1) No hace < Alguna vez al mes.
	Todos los días	103	28.60	4.37			
	Alguna vez a la semana	27	28.15	3.73			
	Alguna vez al mes	30	29.40	4.48			
	TOTAL	498	27.09	4.77			
TL: Actividad recreativa	No hace	289	26.47	4.91	4.828	.003	
	Todos los días	120	28.14	4.64			
	Alguna vez a la semana	56	27.14	4.39			
	Alguna vez al mes	33	28.64	3.75			
	TOTAL	498	27.09	4.77			
TL: Medios de comunicación	No hace	135	27.10	4.86	3.314	.020	1) Alguna vez a la semana < alguna vez al mes.
	Todos los días	288	26.85	4.91			
	Alguna vez a la semana	24	26.00	4.02			
	Alguna vez al mes	51	28.96	3.62			
	TOTAL	498	27.09	4.77			
Participación en grupos	Sí	168	27.61	4.69	3.163	.043	
	No	40	27.90	3.76			
	Ha participado	225	26.54	4.85			
	TOTAL	433	27.08	4.72			
Con quién realiza actividad de TL	Con pareja	27	29.37	3.22	4.430	.002	
	Con familiares	27	27.48	4.58			
	Compañeros out	51	28.90	4.10			
	Compañeros in	241	26.52	4.85			
	TOTAL	496	27.10	4.78			
Evolución uso TL	No	253	27.40	4.66	7.334	.001	1) A peor < no < a mejor.
	A mejor	95	28.11	4.68			
	A peor	147	25.92	4.79			
	TOTAL	495	27.10	4.76			
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	183	28.14	4.71	8.717	.000	1) Poco satisfecho < Muy satisfecho
	Normal	246	26.73	4.76			
	Poco satisfecho	68	25.59	4.47			
	TOTAL	497	27.09	4.78			
Capacidad del centro	< 12 Residentes	31	24.68	5.74	4.860	.001	1) < 12 residentes ≠ < 200 residentes ≠ 12-30 residentes.
	12-30 Residentes	72	28.15	4.35			
	30-100 Residentes	158	26.68	4.73			
	101-200 Residentes	121	26.60	4.89			
	> 200 Residentes	117	28.08	4.39			
	TOTAL	499	27.08	4.78			

- *Satisfacción con el tiempo libre*: A mayor satisfacción con el tiempo libre, mejor rendimiento cognitivo. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre los sujetos que están “poco satisfechos” con “muy satisfechos”; y aquellos que están “muy satisfechos” con los que están incluidos en la categoría de “normal”.
- *Capacidad del centro*: Las puntuaciones en orden de más a menos en el funcionamiento cognitivo corresponden a las siguientes categorías de la variable: “de 12 a 30 plazas”, “más de 200 plazas”, “de 30 a 100 plazas”, “de 101 a 200 plazas” y, finalmente, con la puntuación más baja, las Residencias de “menos de 12 plazas”. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las residencias de “menos de 12 residentes” y las “de más de 200 plazas” y “de 12 a 30 plazas”.
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables*: Acontecimiento vital importante, lugar de residencia, profesión, titularidad del centro, realización de actividades sociales y tiempo de institucionalización.

7.7.2. Puntuación de las funciones “concentración y cálculo” del miniexamen cognoscitivo (MEC)

Respecto al análisis de varianza de un factor estas son las relaciones significativas encontradas (Tabla 7.13):

TABLA 7.13 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Concentración y cálculo

MEC-CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Idioma	Euskera	149	5.68	2.26	6.261	.013	
	Castellano	347	5.08	2.52			
	TOTAL	496	5.26	2.46			
Lugar de nacimiento	Mismo pueblo	118	5.51	2.48	2.799	.026	
	Misma provincia	186	5.46	2.30			
	CAV	30	5.83	1.95			
	Otra provincia	162	4.75	2.65			
	Extranjero	3	5.33	2.89			
	TOTAL	499	5.26	2.46			
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	2.88	2.50	25.863	.000	Analfabetos: 1) < Leer-escribir. 2) < Primarios. 3) < Universitarios. 4) Leer-escribir < Primarios. 5) Leer-escribir < Universitarios.
	Leer-escribir	243	4.82	2.55			
	Primarios	200	6.11	1.90			
	Universitarios	18	6.61	2.03			
	TOTAL	493	5.28	2.46			

(Continuación)

TABLA 7.13 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Concentración y cálculo

MEC-CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Residencia por provincia	Vizcaya	292	4.94	2.50	5.135	.006	1) Vizcaya < Guipúzcoa.
	Álava	101	5.41	2.44			
	Guipúzcoa	107	5.85	2.29			
	TOTAL	500	5.26	2.46			
Género	Hombre	166	6.04	2.21	26.599	.000	
	Mujer	334	4.87	2.49			
	TOTAL	500	5.26	2.46			

- *Idioma*: Los sujetos de la muestra que tienen como primera lengua la lengua vasca obtienen puntuaciones más altas en rendimiento cognitivo que los sujetos de la muestra que tienen como primera lengua el castellano.
- *Lugar de nacimiento*: Las puntuaciones de mayor a menor rendimiento cognitivo se dan en las siguientes categorías de la variable: "nacidos en la Comunidad Autónoma del País Vasco", "nacidos en la misma población donde se encuentra el centro en el que residen", "nacidos en la misma provincia del centro en el que residen pero en diferente población", "nacidos en el extranjero", "nacidos en otra provincia del Estado español".
- *Nivel de instrucción*: A mayor nivel de instrucción, mayores puntuaciones en el rendimiento cognitivo. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las siguientes categorías de la variable: "analfabetos" con "leer-escribir", "primarios", "universitarios"; "leer-escribir" con "primarios", "universitarios".
- *Residencia por provincia*: Las Residencias del territorio histórico de Guipúzcoa son las que obtienen puntuaciones más altas en rendimiento cognitivo, seguidas por las residencias de Álava, siendo las residencias del territorio histórico de Vizcaya las que obtienen puntuaciones más bajas. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las Residencias de Vizcaya y Guipúzcoa.
- *Género*: Los hombres obtienen mayor rendimiento cognitivo que las mujeres.
- *Actividades de tiempo libre*: En lo correspondiente a las distintas actividades de tiempo libre, las categorías de las variables referentes a las distintas actividades de tiempo libre de mayor a menor rendimiento cognitivo son: en actividades físicas, "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana", "todos los días" y "no hace"; en actividades culturales, "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana", "no hace"; en actividades relacionadas con los medios de comunicación, "alguna vez al mes", "no hace", "todos los días" y "alguna vez a la semana". Se han encontrado subconjuntos homogéneos en las actividades de tipo físico entre la categoría "no hace" y el resto de las categorías de la variable. En lo relativo a las actividades relacionadas con los medios de comunicación social se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las categorías "alguna vez al mes" y "todos los días".

TABLA 7.13 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Concentración y cálculo

MEC-CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Actividad física	No hace	170	4.60	2.56			1) No hace: < Alguna vez a la semana, < alguna vez al mes.
	Todos los días	227	5.40	2.48			
	Alguna vez a la semana	42	5.83	2.22	9.051	.000	
	Alguna vez al mes	56	6.32	1.63		.000	
	TOTAL	499	5.26	2.47			
TL: Actividad cultural	No hace	339	5.01	2.51			
	Todos los días	103	5.71	2.41			
	Alguna vez a la semana	27	5.48	2.15	4.068	.007	
	Alguna vez al mes	30	6.27	1.89		.007	
	TOTAL	499	5.26	2.47			
TL: Mass Media	No hace	135	5.27	2.47			1) Alguna vez a la semana: < alguna vez al mes.
	Todos los días	289	5.12	2.54			
	Alguna vez a la semana	24	4.83	2.66	3.034	.029	
	Alguna vez al mes	51	6.20	1.63		.071	
	TOTAL	499	5.26	2.47			
Evolución uso TL	No	254	5.37	2.47			1) A peor < A mejor.
	A mejor	95	5.62	2.34	3.420	.033	
	A peor	147	4.84	2.49		.030	
	TOTAL	496	5.26	2.47			
Capacidad del centro	< 12 Residentes	31	4.26	2.58			1) < 12 residentes ≠ 12-30 residentes.
	12-30 Residentes	72	5.96	1.93			
	30-100 Residentes	159	5.17	2.44			
	101-200 Residentes	121	5.02	2.56	3.279	.011	
	> 200 Residentes	117	5.44	2.55		.019	
	TOTAL	500	5.26	2.46			

- *Evolución en el uso del tiempo libre:* Los sujetos que obtienen mayor rendimiento cognitivo son los incluidos en la categoría de la variable en la que perciben que su tiempo libre ha variado “a mejor”, seguidos por aquellos en los que el tiempo libre “no ha variado”, siendo los sujetos cuyo tiempo libre ha variado “a peor” los que obtienen puntuaciones más bajas.
- *Capacidad del centro:* Las puntuaciones de mayor a menor rendimiento cognitivo las obtienen las siguientes categorías de la variable: “centro de 12 a 30 residentes”, “centros de más de 200 residentes”, “centros de 30 a 100 residentes”, “centros de 101 a 200 residentes” y “centros de menos de 12 residentes”. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las Residencias de “menos de 12 residentes” y las de “12 a 30 residentes”.
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables:* Acontecimiento vital, edad en grupos, estado civil, lugar de residencia, motivo de ingreso, profesión, titularidad del centro, realización de actividades recreativas, realización de actividades sociales, con quién realiza las actividades de TL, satisfacción con el uso del TL, tiempo de institucionalización y participación en grupos.

7.7.3. Puntuación de la función “fijación” del miniexamen cognoscitivo (MEC)

Respecto al análisis de varianza de un factor estas son las relaciones significativas encontradas (Tabla 7.14):

TABLA 7.14

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Fijación

MEC-FIJACIÓN							
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob.	Diferencias entre grupos
TL: Actividades sociales	No hace	316	2.96	.27			1) Alguna vez al mes: < no hace < todos los días.
	Todos los días	144	2.98	.58			
	Alguna vez a la semana	24	2.92	.41	2.691	.046	
	Alguna vez al mes	15	2.67	.72		.020	
	TOTAL	499	2.95	.41			
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	184	3.02	.50			
	Normal	246	2.91	.35	3.633	.027	
	Poco satisfecho	68	2.93	.36		.003	
	TOTAL	498	2.95	.41			

- *Actividades de tiempo libre:* Respecto a las actividades sociales de tiempo libre las categorías de la variable que dan mayores puntuaciones son, en orden de mejor a peor: “todos los días”, “no hace”, “alguna vez a la semana” y “alguna vez al mes”.
- *Satisfacción con el tiempo libre:* El rendimiento en esta función cognitiva es mayor en la medida en que la satisfacción con el tiempo libre es mayor. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las categorías de “muy satisfecho” y “normal”.
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables:* Acontecimiento vital importante, edad en grupos, estado civil, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, motivo de ingreso, nivel de instrucción, profesión, residencia por provincia, titularidad, género, realización de actividad física, realización de actividades culturales, realización de actividades recreativas, realización de actividades relacionadas con los Mass Media, con quién realiza las actividades de TL, tiempo de institucionalización, capacidad del centro y participación en grupos.

7.7.4. Puntuación de las funciones “lenguaje y construcción” del miniexamen cognoscitivo (MEC)

Respecto al análisis de varianza de un factor estas son las relaciones significativas encontradas (Tabla 7.15):

TABLA 7.15 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Lenguaje y construcción

MEC-LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob.	Diferencias entre grupos
Idioma	Euskera	149	9.26	1.50	4.464	.035	
	Castellano	347	8.93	1.64			
	TOTAL	496	9.03	1.60			
Lugar de nacimiento	Mismo pueblo	118	9.38	1.54	2.766	.027	
	Misma provincia	186	8.94	1.57			
	CAV	30	9.33	1.35			
	Otra provincia	162	8.79	1.70			
	Extranjero	3	9.00	1.00			
	TOTAL	499	9.02	1.60			
Motivo de ingreso	Salud	170	8.79	1.63	3.235	.007	
	Familia	62	8.84	1.77			
	Económico	11	8.91	1.38			
	Soledad	152	9.10	1.64			
	Vivienda	20	8.80	1.44			
	TOTAL	483	9.02	1.61			
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	6.69	1.57	41.066	.000	1) Analfabetos < Leer-escribir.
	Leer-escribir	243	8.83	1.49			
	Primarios	200	9.57	1.37			
	Universitarios	18	9.89	1.28			
	TOTAL	493	9.03	1.61			
Residencia por provincia	Vizcaya	292	8.89	1.61	5.353	.005	1) Vizcaya < Guipúzcoa
	Álava	101	8.92	1.63			
	Guipúzcoa	107	9.47	1.48			
	TOTAL	500	9.02	1.60			
TL: Actividad física	No hace	174	8.66	1.73	7.210	.000	1) No hace: < alguna vez al mes, < alguna vez a la semana.
	Todos los días	227	9.08	1.58			
	Alguna vez a la semana	42	9.60	1.19			
	Alguna vez al mes	56	9.55	1.16			
	TOTAL	499	9.03	1.59			

- *Idioma*: Las personas que tienen como primera lengua el euskera obtienen mayores puntuaciones que aquellos que tienen el castellano como primera lengua.
- *Lugar de nacimiento*: Las puntuaciones en cada una de las categorías de la variable son de mayor a menor: "las personas que viven en la Residencia en la misma población en la que nacieron", "las personas que nacieron en la Comunidad Autónoma Vasca", "las personas que nacieron en el

extranjero", "las personas que nacieron en la misma provincia donde actualmente residen pero en diferente población" y, finalmente, "los que nacieron en una provincia diferente".

- *Motivo de ingreso*: Las puntuaciones en cada una de las categorías de la variable son de mayor a menor: "otros", "soledad", "económicos", "familia", "vivienda" y "salud". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre "salud" y "otros".
- *Nivel de instrucción*: A mayor nivel de instrucción, mayores puntuaciones medias obtenidas en cada una de las categorías de la variable. Se han encontrado los siguientes subconjuntos homogéneos: "analfabetos" con las restantes categorías de la variable, y "leer-escribir" con las categorías "universitarios" y "primarios".
- *Residencia por provincia*: Las Residencias por territorios históricos de mayor a menor rendimiento son las de: Guipúzcoa, Álava y Vizcaya. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre: Vizcaya y Guipúzcoa; Álava y Guipúzcoa.
- *Actividades de tiempo libre*: En lo correspondiente a las distintas actividades de tiempo libre, las categorías de las variables referentes a las distintas actividades de tiempo libre de mayor a menor son: en actividades físicas, "alguna vez a la semana", "alguna vez al mes", "todos los días" y "no hace"; en actividades culturales, "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana", "todos los días" y "no hace"; respecto a las actividades recreativas, "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace"; en lo relativo a las actividades de tiempo libre relacionadas con los medios de comunicación, "alguna vez al mes", "todos los días", "no hace" y "alguna vez a la semana"; finalmente, en lo relativo a las actividades sociales, "alguna vez a la semana", "alguna vez al mes", "todos los días" y "no hace". Respecto a los subconjuntos homogéneos encontramos que en las actividades físicas se dan entre "no hace" y "alguna vez al mes" y "alguna vez a la semana". En las actividades culturales y recreativas, "no hace" y "alguna vez al mes" y "todos los días". En las actividades relacionadas con los Mass Media, "alguna vez al mes" con "no hace" y "todos los días". Finalmente, en las actividades sociales, "alguna vez a la semana" y "no hace" son los subconjuntos homogéneos que se han hallado.

TABLA 7.15 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Lenguaje y construcción

MEC-LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Actividad cultural	No hace	339	8.78	1.59	9.498	.000	1) No hacen < alguna vez al mes.
	Todos los días	103	9.47	1.51			
	Alguna vez a la semana	27	9.56	1.48			
	Alguna vez al mes	30	9.87	1.31			
	TOTAL	499	9.03	1.59			
TL: Actividad recreativa	No hace	290	8.79	1.57	6.250	.000	1) No hace < alguna vez al mes.
	Todos los días	120	9.31	1.75			
	Alguna vez a la semana	56	9.25	1.34			
	Alguna vez al mes	33	9.76	1.17			
	TOTAL	499	9.03	1.59			

(Continuación)

TABLA 7.15 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Lenguaje y construcción

MEC-LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Mass Media	No hace	135	8.93	1.55			
	Todos los días	289	8.97	1.69			
	Alguna vez a la semana	24	8.88	1.26	3.291	.020	
	Alguna vez al mes	51	9.69	1.10		.020	
	TOTAL	499	9.03	1.59			
TL: Actividades sociales	No hace	316	8.93	1.65			
	Todos los días	144	9.03	1.56			
	Alguna vez a la semana	24	9.96	.81	3.652	.013	
	Alguna vez al mes	15	9.53	1.30		.013	
	TOTAL	499	9.03	1.59			
Evolución uso TL	No	254	9.00	1.58			1) A peor < A mejor.
	A mejor	95	9.39	1.72			
	A peor	147	8.82	1.51	3.804	.023	
	TOTAL	496	9.02	1.59		.004	
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	184	9.25	1.75			1) Poco satisfecho < Muy satisfecho.
	Normal	246	8.96	1.45			
	Poco satisfecho	68	8.65	1.58	3.975	.019	
	TOTAL	498	9.03	1.59		.002	

- *Variación en el uso del tiempo libre:* Los sujetos que obtienen mayor rendimiento en la presente subescala son los incluidos en la categoría de la variable en la que perciben que su tiempo libre ha variado "a mejor", seguidos por aquellos en los que el tiempo libre "no ha variado", siendo los sujetos cuyo tiempo libre ha variado "a peor" los que obtienen puntuaciones más bajas. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las categorías de la variable "a peor" y "a mejor".
- *Satisfacción con el uso del tiempo libre:* A mayor nivel de satisfacción mayor rendimiento en la presente subescala. Se han encontrado dos subconjuntos homogéneos entre "poco satisfechos" y "muy satisfechos".
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables:* Acontecimiento vital importante, grupos de edad, estado civil, lugar de residencia, profesión, titularidad, género, con quién realiza las actividades de TL, tiempo de institucionalización, capacidad del centro y participación en grupos.

7.7.5. Puntuación de la función "memoria" del miniexamen cognoscitivo (MEC)

Respecto al análisis de varianza de un factor estas son las relaciones significativas encontradas (Tabla 7.16, Parte 1 y Parte 2):

TABLA 7.16 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-memoria

MEC-MEMORIA

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Grupos de edad	36-64 años	33	1.88	1.05	3.473	.001	1) 95-99 años < 36-34 años. 2) 90-94 años < 36-64 años.
	65-69 años	46	1.28	1.09			
	70-74 años	54	1.44	1.13			
	75-79 años	81	1.32	1.15			
	50-84 años	128	1.12	1.27			
	85-89 años	104	1.15	1.10			
	90-94 años	43	.79	1.01			
	95-99 años	9	.56	.73			
	TOTAL	498	1.22	1.16			
Idioma	Euskera	149	1.50	1.23	12.008	.001	
	Castellano	347	1.11	1.11			
	TOTAL	496	1.22	1.16			
Lugar de nacimiento	Mismo pueblo	118	1.26	1.07	2.709	.030	
	Misma provincia	186	1.30	1.24			
	CAV	30	1.70	1.15			
	Otra provincia	162	1.02	1.10			
	Extranjero	3	1.33	1.15			
	TOTAL	499	1.22	1.16			
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	1.53	1.27	5.681	.001	
	Leer-escribir	243	1.02	1.08			
	Primarios	200	1.43	1.21			
	Universitarios	18	1.44	1.10			
	TOTAL	493	1.23	1.16			
Residencia por provincia	Vizcaya	292	1.12	1.08	4.292	.014	1) Vizcaya < Guipúzcoa.
	Álava	101	1.21	1.13			
	Guipúzcoa	107	1.50	1.34			
	TOTAL	500	1.22	1.16			
TL: Actividad física	No hace	174	1.13	1.12	2.942	.033	1) Alguna vez a la semana < alguna vez al mes.
	Todos los días	227	1.22	1.23			
	Alguna vez a la semana	42	1.05	1.15			
	Alguna vez al mes	56	1.63	.93			
	TOTAL	499	1.22	1.16			

- *Grupos de edad:* Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: "de 36-64 años", "70-74 años", "75-79 años", "65-69 años", "85-89 años", "80-84 años", "90-94 años" y "95-99 años". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las categorías "90-94 años" y "36-64 años".
- *Idioma:* Las personas que tienen como primera lengua la lengua vasca obtienen mayor rendimiento que aquellos que tienen el castellano como primera lengua.

- *Lugar de nacimiento*: Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: "los nacidos en la Comunidad Autónoma Vasca pero en distinta provincia y población donde se encuentra el centro", "nacidos en el extranjero", "nacidos en la misma provincia donde se encuentra el centro, pero en un municipio diferente", "nacidos en la misma población donde se encuentra el centro en el que residen", "nacidos en otra provincia diferente del Estado español".
- *Nivel de instrucción*: Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: "analfabetos", "universitarios", "primarios" y "leer-escribir". Se han encontrado dos subconjuntos homogéneos entre las categorías "leer-escribir" y "primarios".
- *Residencia por provincia*: Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: las provincias de Guipúzcoa, Álava y Vizcaya. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las Residencias de Vizcaya y Guipúzcoa.
- *Actividades de tiempo libre*: Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: respecto a actividades físicas de tiempo libre "alguna vez al mes", "todos los días", "no hace" y alguna vez a la semana"; respecto a las actividades sociales "alguna vez al mes", "no hace", "todos los días" y "alguna a la semana".
- *Personas con las que se comparte el tiempo libre*: Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son los que comparten el tiempo libre con: "compañeros de fuera del centro", "con la pareja", "con familiares", "solos" (no comparten el tiempo libre con nadie) y los que lo hacen "con compañeros del propio centro".
- *Evolución en el uso del tiempo libre*: Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: "no ha variado", "ha variado a mejor" y "ha variado a peor". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las categorías: "no ha variado" y "ha variado a peor".
- *Satisfacción con el tiempo libre*: A medida que aumenta la satisfacción con el tiempo libre, mejoran las puntuaciones en la presente subescala. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las categorías "poco satisfecho" y "muy satisfecho".

TABLA 7.16 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-memoria

MEC-MEMORIA							
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Actividad física	No hace	174	1.13	1.12	2.942	.033 .012	1) Alguna vez a la semana < alguna vez al mes.
	Todos los días	227	1.22	1.23			
	Alguna vez a la semana	42	1.05	1.15			
	Alguna vez al mes	56	1.63	.93			
	TOTAL	499	1.22	1.16			

(Continuación)

TABLA 7.16 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-memoria

MEC-MEMORIA

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Actividades sociales	No hace	316	1.32	1.13	4.036	.007	1) Alguna vez a la semana < alguna vez al mes.
	Todos los días	144	1.03	1.25			
	Alguna vez a la semana	24	.79	.93			
	Alguna vez al mes	15	1.67	.82			
	TOTAL	499	1.22	1.16			
Con quién realiza actividad de TL	Con pareja	27	1.44	1.09	2.783	.026	.009
	Con familiares	27	1.41	1.28			
	Compañeros out	51	1.55	1.08			
	Compañeros in	242	1.06	1.17			
	Solo	150	1.30	1.13			
	TOTAL	497	1.22	1.16			
Evolución uso TL	No	254	1.35	1.20	3.588	.028	.032
	A mejor	95	1.20	1.14			
	A peor	147	1.03	1.09			
	TOTAL	496	1.22	1.16			
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	184	1.34	1.29	3.689	.026	.046
	Normal	246	1.23	1.11			
	Poco satisfecho	68	.90	.93			
	TOTAL	498	1.22	1.16			
Capacidad del centro	< 12 Residentes	31	1.19	1.14	3.749	.005	.004
	12-30 Residentes	72	1.58	1.20			
	30-100 Residentes	159	1.16	1.17			
	101-200 Residentes	121	.97	1.07			
	> 200 Residentes	117	1.35	1.17			
	TOTAL	500	1.22	1.16			

- *Capacidad del centro:* Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son los centros con las siguientes capacidades: "12-30 residentes", "más de 200 residentes", "menos de 12 residentes", "30 a 100 residentes", "101 a 200 residentes". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las Residencias de "101-200 residentes" y entre las de "12 a 30 residentes".
- *Relaciones no significativas con:* Acontecimiento vital importante, estado civil, lugar de residencia, motivo de ingreso, profesión, titularidad del centro, género, realización de actividades culturales, realización de actividades recreativas, realización de actividades relacionadas con los Mass-Media, tiempo de institucionalización y participación en grupos.

7.7.6. Puntuación de la función "orientación" del minixamen cognoscitivo (MEC)

Respecto al análisis de varianza de un factor estas son las relaciones significativas (Tabla 7.17, Parte 1 y Parte 2):

- *Grupos de edad*: Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son los siguientes grupos de edad: "70 a 74 años", "65 a 69 años", "36 a 64 años", "75 a 79 años", "85 a 89 años", "80 a 88 años", "95 a 99 años" y "90 a 94 años". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las categorías "70 a 74 años" y "90 a 94 años".
- *Lugar de nacimiento*: Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: "los nacidos en la Comunidad Autónoma Vasca pero en diferente provincia al centro donde residen", "los nacidos en el mismo municipio donde residen", "los nacidos en el extranjero", "los nacidos en otra provincia del Estado español", "los nacidos en la misma provincia donde se encuentra el centro residencial, pero en distinto municipio".

TABLA 7.17 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Orientación

Variable	Categoría de la variable	MEC-ORIENTACIÓN			F	F. prob.	Diferencias entre grupos
		N	X	D.T.			
Grupos de edad	36-64 años	33	9.03	1.47	3.852	.000	
	65-69 años	46	9.11	1.22			
	70-74 años	54	9.39	1.02			
	75-79 años	81	8.69	1.66			
	50-84 años	128	8.45	1.90			
	85-89 años	104	8.63	1.77			
	90-94 años	43	7.88	2.00			
	95-99 años	9	8.22	1.30			
	TOTAL	498	8.67	1.71			
Lugar de nacimiento	Mismo pueblo	118	9.04	1.45	2.970	.019	
	Misma provincia	186	8.44	1.81			
	CAV	30	9.13	1.78			
	Otra provincia	162	8.57	1.72			
	Extranjero	3	8.67	2.31			
	TOTAL	499	8.67	1.71			
Lugar de residencia	Mismo pueblo	272	8.96	1.52	5.613	.000	
	Misma provincia	165	8.24	1.87			
	CAV	21	8.62	1.40			
	Otra provincia	28	8.93	1.44			
	Extranjero	4	7.50	2.38			
	TOTAL	490	8.69	1.68			

(Continuación)

TABLA 7.17 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Orientación

Variable	Categoría de la variable	MEC-ORIENTACIÓN					Diferencias entre grupos
		N	X	D.T.	F	F. prob.	
Motivo de ingreso	Salud	170	8.44	1.82			
	Familia	62	8.68	1.61			
	Económico	11	9.00	1.34	2.631	.023	
	Soledad	152	8.62	1.73		.022	
	Vivienda	20	8.85	1.50			
	Otros	68	9.28	1.16			
	TOTAL		483	8.67	1.68		
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	7.81	1.77			1) Analfabetos < Universitarios.
	Leer-escribir	243	8.56	1.80			
	Primarios	200	8.85	1.58	5.647	.001	2) Leer-escribir < Universitarios
	Universitarios	18	9.61	.85		.003	
	TOTAL		493	8.67	1.71		
Titularidad	Pública	204	8.91	1.58			
	Privada	296	8.50	1.78	6.803	.009	
	TOTAL	500	8.67	1.71		.003	
Género	Hombre	166	8.99	1.48			
	Mujer	334	8.51	1.80	9.180	.003	
	TOTAL	500	8.67	1.71		.004	
TL: Actividad cultural	No hace	339	8.49	1.74			
	Todos los días	103	9.19	1.35			
	Alguna vez a la semana	27	9.04	1.34	5.075	.002	
	Alguna vez al mes	30	8.67	2.25		.000	
	TOTAL		499	8.67	1.71		
TL: Actividad recreativa	No hace	290	8.49	1.77			
	Todos los días	120	9.01	1.65			
	Alguna vez a la semana	56	8.71	1.52	3.111	.026	
	Alguna vez al mes	33	9.00	1.44		.004	
	TOTAL		499	8.67	1.71		

- *Lugar de residencia:* Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: "los que han residido en el mismo municipio donde se encuentra el centro en el que actualmente residen", "los que han residido en otra provincia del Estado español", "los que han residido en la Comunidad Autónoma Vasca pero no en el municipio donde actualmente residen", "los que han residido en la misma provincia pero en un municipio diferente a donde se encuentra el centro en el que actualmente viven", "los que han residido en el extranjero". Se han encontrado dos subconjuntos homogéneos entre "los que han residido en el mismo municipio donde se encuentra el centro en el que actualmente residen" y "los que han residido en la misma provincia pero en un municipio diferente a donde se encuentra el centro en el que actualmente viven".

- *Motivo de ingreso*: Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son los siguientes motivos de ingreso: "otros", "económicos", "vivienda", "familia", "soledad" y "salud". Se han encontrado dos subconjuntos homogéneos entre las categorías: "salud" y "otros".
- *Nivel de instrucción*: A medida que aumenta el nivel de instrucción, aumenta el rendimiento obtenido en la presente subescala. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las categorías de "analfabetos" con "universitarios" y "primarios".
- *Titularidad*: Las Residencias de titularidad pública dan mayor rendimiento cognitivo en la presente subescala, que las Residencias de titularidad privada.
- *Género*: Los hombres dan mayor rendimiento en la presente subescala que las mujeres.
- *Actividades de tiempo libre*: Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: respecto a las actividades culturales, "todos los días", "alguna vez a la semana", "alguna vez al mes" y "no hace"; respecto a las actividades recreativas, "todos los días", "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana" y "no hace". En lo relativo a los subconjuntos homogéneos y tanto para actividades culturales, como recreativas se han encontrado los siguientes entre las categorías más adelante señaladas: "no hace" y "todos los días".

TABLA 7.17 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC-Orientación

		MEC-ORIENTACIÓN					Diferencias entre grupos	
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob.		
Evolución uso TL	No	254	8.74	1.65			1) A peor < a mejor.	
	A mejor	95	8.93	1.55				
	A peor	147	8.41	1.85	3.071	.047		
	TOTAL	496	8.68	1.70		.019		
Satisfacción uso TL	Muy satisfecho	184	9.11	1.42			1) Poco satisfecho < Normal,	
	Normal	246	8.46	1.83			< Muy satisfecho.	
	Poco satisfecho	68	8.28	1.76	10.061	.000	2) Normal < Muy satisfecho.	
	TOTAL	498	8.67	1.71		.000		
Tiempo de Institucionalización	0-24 meses	227	8.50	1.83				
	25-48 meses	82	8.70	1.69				
	49-72 meses	57	8.61	1.80	2.899	.014		
	73-96 meses	27	8.74	1.46		.042		
	97-120 meses	27	9.19	1.30				
	>120 meses	74	9.27	1.06				
TOTAL	489	8.71	1.68					
Capacidad del centro	< 12 Residentes	31	7.90	2.07			1) < 12 residentes π	
	12-30 Residentes	72	8.56	1.68			> 200 residentes.	
	30-100 Residentes	159	8.50	1.81	4.315	.002		
	101-200 Residentes	121	8.69	1.68		.001		
	> 200 Residentes	117	9.14	1.40				
TOTAL	500	8.67	1.71					

- *Evolución en el uso del tiempo libre:* Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: "a mejor", "no ha variado" y "ha variado a peor".
- *Satisfacción con el tiempo libre:* A mayor satisfacción con el tiempo libre, mejor rendimiento en la presente subescala. Se han encontrado los siguientes subconjuntos homogéneos: "poco satisfecho" y "muy satisfecho", "normal" y "poco satisfecho".
- *Tiempo de institucionalización:* Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: "más de 120 meses", "de 97 a 120 meses", "de 73 a 96 meses", "de 25 a 48 meses", "de 49 a 72 meses" y de "0 a 24 meses". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las siguientes categorías: "0 a 24 meses" y "más de 120 meses".
- *Capacidad del centro:* Las diferentes categorías de la variable de mayor a menor rendimiento en la presente subescala son: "más de 200 residentes", "de 101 a 200 residentes", "de 12 a 30 residentes", "de 30 a 100 residentes" y "menos de 12 residentes". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las siguientes categorías: "menos de 12 residentes" y "más de 200 residentes".
- *Relaciones no significativas:* Con acontecimiento vital importante, estado civil, idioma, profesión, residencia por provincia, realización de actividad física, realización de actividades relacionadas con los Mass Media, con quién realiza las actividades de tiempo libre y la participación en grupos.

7.7.7. Puntuación total del SPMSQ

El SPMSQ es una prueba de *screening*, que valora diferentes funciones cognitivas y que puntúa errores hasta un máximo de 10 puntos. En la muestra analizada la media alcanza un valor de 1,328 puntos, con una desviación típica de 1,537. Analizando los resultados por categorías: rendimiento cognitivo intacto tienen el 82,8% de la muestra, 414 sujetos; deterioro intelectual leve, el 14%, 70, y deterioro cognitivo moderado, el 3,2% de la muestra, 16 sujetos.

La función cognitiva más deteriorada es el cálculo (se dan un 59,2% de respuestas acertadas) y luego, respectivamente, los ítems correspondientes a orientación espacial (con un 26% de la muestra que cometió error de media en algunos de los dos ítems designados a esta función); posteriormente se encuentra la memoria a largo plazo (con un 26,2% de errores, 131 sujetos) y corto plazo (21,8% de errores, 109 sujetos). Los ítems menos afectados correspondían a memoria remota (1,6% de errores) y a orientación temporal (aproximadamente un 15% de errores) y la orientación espacial (26,4% de errores de media, entre los ítems que desarrollan esta función cognitiva).

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.18, Parte 1 y Parte 2) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Grupos de edad:* Las puntuaciones en orden de más bajas (ausencia de trastorno) a más altas (presencia de trastorno) en rendimiento cognitivo, corresponden a las siguientes categorías de la variable: "70-74 años", "65-69 años", "85-89 años", "36-64 años", "80-85 años", "75-79 años", "95-99 años", "90-94 años". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías de la variable, en las comparaciones a posteriori: "70-74 años" y "90-94 años".

- *Estado civil*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas en rendimiento cognitivo corresponden a las siguientes categorías de la variable: "separados y divorciados", "casados", "solteros" y "viudos".
- *Lugar de residencia*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas en rendimiento cognitivo corresponden a las siguientes categorías de la variable: "otra provincia del Estado español", "han vivido en el mismo municipio donde se encuentra la Residencia donde actualmente viven", "extranjero", "Comunidad Autónoma Vasca, pero en una provincia diferente", "misma provincia, pero en un municipio diferente". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre: "los que han residido en el mismo pueblo, donde actualmente se encuentra la residencia" y "los que han residido en la misma provincia donde se encuentra el centro en el que actualmente residen, pero en diferente municipio".
- *Nivel de instrucción*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas en rendimiento cognitivo corresponden a las siguientes categorías de la variable: "primarios", "universitarios", "leer y escribir" y "analfabetos". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías de la variable en las comparaciones *a posteriori*: "primarios" y "analfabetos"; "leer y escribir" y "analfabetos".
- *Residencia por provincia*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas en rendimiento cognitivo corresponden a las siguientes categorías de la variable: "Residencias de Vizcaya", "Residencias de Álava" y "Residencias de Guipúzcoa". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las de Vizcaya y Guipúzcoa.
- *Género*: Los hombres tienen mejor rendimiento cognitivo que las mujeres.
- *Actividades de tiempo libre*: Las puntuaciones de bajas a altas en rendimiento cognitivo corresponden a las siguientes categorías de las siguientes variables: actividades físicas, "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana", "todos los días" y "no hace"; en las actividades culturales y recreativas, "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace"; en las actividades relacionadas con los medios de comunicación, "alguna vez al mes", "todos los días", "no hace" y "alguna vez a la semana". Se dan los siguientes subconjuntos heterogéneos: en actividades físicas "no hace" con "alguna vez al mes" y "todos los días"; en actividades culturales, "no hace" y "todos los días"; en actividades recreativas, "no hace" con "alguna vez al mes" y "todos los días"; en "relacionadas con medios de comunicación, "alguna vez al mes" con "todos los días" y "alguna vez a la semana".

TABLA 7.18 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: SPMSQ

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	SPMSQ		Diferencias entre grupos
					F	F. prob. H Kruskal Wallis	
Grupos de edad	36-64 años	33	1.3015	1.4261	4.468	.000	1) 70-74 años < 95-99 años. 2) 70-74 años < 90-94 años.
	65-69 años	46	1.1509	1.2161			
	70-74 años	54	.6596	1.0606			
	75-79 años	81	1.3853	1.5786			
	50-84 años	128	1.3184	1.6272			
	85-89 años	104	1.2486	1.5116			
	90-94 años	43	2.2607	1.7398			
	95-99 años	9	2.1833	1.3757			
TOTAL		498	1.3237	1.5377			
Estado civil	Soltero	198	1.3067	1.5812	2.686	.046	1) Sep./Div. < Viudos.
	Casado	41	1.2417	1.6139			
	Viudo	237	1.4413	1.5270			
	Sep./Div.	24	.5267	.7601			
	TOTAL	500	1.3277	1.5372			
Lugar de residencia	Mismo pueblo	272	1.1212	1.4468	4.296	.002	
	Misma provincia	165	1.6888	1.6433			
	CAV	21	1.3952	1.4468			
	Otra provincia	28	.8800	1.1789			
	Extranjero	4	1.3300	.9794			
	TOTAL	490	1.3120	1.5209			
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	2.3094	1.3374	5.654	.001	1)Primarios < Analfabetos. 2) Universitarios < Analfabetos. 3) Leer-escribir < Analfabetos.
	Leer-escribir	243	1.3617	1.5809			
	Primarios	200	1.1288	1.4518			
	Universitarios	18	1.3517	1.6425			
	TOTAL	493	1.3283	1.5386			
Residencia por provincia	Vizcaya	292	1.1958	1.3943	5.354	.005	1) Vizcaya < Guipúzcoa. 2) Álava < Guipúzcoa.
	Álava	101	1.2589	1.5033			
	Guipúzcoa	107	1.7525	1.8493			
	TOTAL	500	1.3273	1.5372			
Género	Hombre	166	.9466	1.2238	15.722	.000	
	Mujer	334	1.5171	1.6403			
	TOTAL	500	1.3277	1.5372			
TL: Actividad física	No hace	174	1.6932	1.5975	5.990	.001	1) Alguna vez al mes < no hace.
	Todos los días	227	1.1971	1.5728			
	Alguna vez a la semana	42	1.0457	1.2868			
	Alguna vez al mes	56	.8912	1.1623			
	TOTAL	499	1.3230	1.5352			
TL: Actividad cultural	No hace	339	1.5153	1.5804	5.701	.001	
	Todos los días	103	.9117	1.3232			
	Alguna vez a la semana	27	.8752	1.3710			
	Alguna vez al mes	30	.9657	1.4718			
	TOTAL	499	1.3230	1.5352			

(Continuación)

TABLA 7.18 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: SPMSQ

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	SPMSQ		Diferencias entre grupos
					F	F. prob. H Kruskal Wallis	
TL: Actividad recreativa	No hace	290	1.5464	1.6583	5.936	.001	1) alguna vez al mes < no hace.
	Todos los días	120	1.0434	1.3899			
	Alguna vez a la semana	56	1.1709	1.2132			
	Alguna vez al mes	33	.6352	.9241			
	TOTAL	499	1.3230	1.5352			

- *Personas con las que comparte el tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas en rendimiento cognitivo corresponden a las siguientes categorías de la variable: "con pareja", "compañeros de fuera del centro", "con familiares", "solos" y "con compañeros del centro". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las categorías "compañeros de fuera del centro" y "compañeros del centro".
- *Relaciones no significativas*: Acontecimiento vital importante, idioma, lugar de nacimiento, motivo de ingreso, profesión anterior, profesión última, titularidad de los centros, actividades sociales de tiempo libre, evolución en el uso del tiempo libre, satisfacción con el tiempo libre, tiempo de institucionalización, capacidad del centro y participación en grupos.

TABLA 7.18 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: SPMSQ

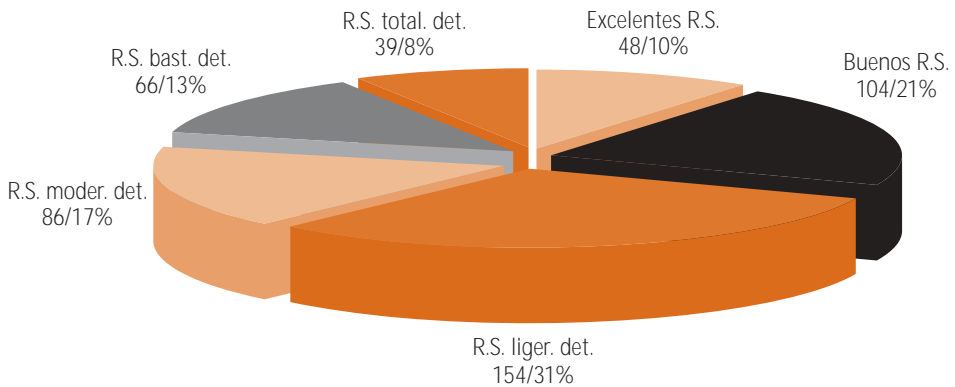
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	SPMSQ		Diferencias entre grupos
					F	F. prob. H Kruskal Wallis	
TL: Mass Media	No hace	135	1.3341	1.4599	5.235	.001	1) alguna vez al mes < alguna vez a la semana.
	Todos los días	289	1.3675	1.5856			
	Alguna vez a la semana	24	2.0950	1.9291			
	Alguna vez al mes	51	.6782	.9201			
	TOTAL	499	1.3230	1.5352			
Con quién realiza actividades de TL	Con pareja	27	.6774	1.1893	3.993	.003	
	Con familiares	27	1.1837	1.5693			
	Compañeros out	51	.7245	1.0650			
	Compañeros in	242	1.4693	1.5813			
	Solo	150	1.4206	1.5729			
TOTAL	497	1.3196	1.5729				

7.8. RECURSOS SOCIALES (OARS)

La utilización de la siguiente escala obliga a evaluar los recursos sociales (R.S. de aquí en adelante) de la persona mayor, que está siendo valorada en una de las seis categorías en orden decreciente según las respuestas a los ítems de los que consta la prueba. Como se puede apreciar en la Figura 7.7, y siendo N=497, se obtienen los siguientes resultados:

FIGURA 7.7

OARS. Frecuencias



"Excelentes recursos sociales", 48 sujetos (9,7%); "buenos recursos sociales", 104 (20,9%); recursos sociales ligeramente deteriorados, 154 (30,8%); "recursos sociales moderadamente deteriorados", 86 (17,3%); "recursos sociales bastante deteriorados", 66 (13,3%), y "recursos sociales totalmente deteriorados" 39 sujetos (7,8%). El 30,6% de la muestra ha sido clasificada como correspondiente a buenos o excelentes recursos sociales, mientras que el 69,4% tiene algún tipo de deterioro en sus recursos sociales. De este 69,4% de la muestra (335 sujetos), el 48,3% (240) corresponden a recursos sociales ligeramente o moderadamente deteriorados, que son las dos categorías de deterioro de recursos más cercanas a unos buenos recursos sociales. Los restantes 105 sujetos de la muestra están incluidos dentro de las categorías de recursos sociales bastante o totalmente deteriorados.

Siendo una variable ordinal, en lo sucesivo será tratada como una variable cuantitativa. Para ello se realizará una transformación de la escala inicial utilizada (1: excelentes recursos sociales..., 6: recursos totalmente deteriorados), teniendo en cuenta los porcentajes acumulados (percentiles) de cada una de las categorías, se ha asignado a cada una de ellas los siguientes valores:

- "Excelentes recursos sociales": 9.
- "Buenos recursos sociales": 7.
- "Recursos sociales ligeramente deteriorados": 4.

- “Recursos sociales moderadamente deteriorados”: 2.
- “Recursos sociales bastante deteriorados”: 1.
- “Recursos sociales totalmente deteriorados”: 0.

Las frecuencias obtenidas han sido:

TABLA 7.19
Conversión 10-decil del OARS

Categorías	Frecuen.	Porcentaje acumulado	Decil redondeado	Transformación definitiva: 10-decil
• Excelentes R.S.	48	9,7	1	9
• Buenos R.S.	104	30,6	3	7
• R.S Liger. Deterior.	154	61,6	6	4
• R.S Moder. Deterior.	86	78,9	8	2
• R.S Bast. Deterior.	66	92,2	9	1
• R.S. Total. Deterior.	39	100,00	10	0

N=497

En la Tabla 7.19 se ha incluido una nueva columna de deciles (redondeados). En la columna de la derecha se han transformado los deciles iniciales (de mejor a peor recursos sociales) en las puntuaciones definitivas. Para ello, se ha realizado la operación (10-decil). De esta manera se corrigen unas puntuaciones cuantitativas en las que se tiene en cuenta no sólo la escala ordinal inicial, sino también los porcentajes de sujetos que se han colocado en cada orden.

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.20) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Idioma*: Las puntuaciones en orden de puntuaciones más altas a puntuaciones más bajas en apoyo social corresponden a las siguientes categorías de la variable: “las personas que tienen el euskera como primera lengua” tienen más apoyo social que los que tienen “el castellano” como primera lengua.
- *Lugar de nacimiento*: Las puntuaciones en orden de más altas a más bajas, corresponden a las siguientes categorías de la variable: “nacidos en la Comunidad Autónoma Vasca, pero en distinta provincia”, “nacidos en la misma provincia pero en diferente municipio de donde está el centro en el que actualmente viven”, “nacidos en la misma población en la que se encuentra el centro en el que viven”, “nacidos en el extranjero”, “nacido en otra provincia del Estado español”. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las siguientes categorías de la variable: “misma provincia” y “otra provincia”.
- *Motivo de ingreso*: Las puntuaciones en orden de mayores a menores, corresponden a las siguientes categorías de la variable: “otros”, “económico”, “vivienda”, “soledad”, “familia”, “salud”. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las categorías de “otros” y “salud”.

- *Profesión anterior*: Las puntuaciones en orden de mayores a menores corresponden a las siguientes categorías de la variable: "comercio", "agricultura y pesca", "otros", "profesión liberal", "funcionario", "sus labores" e "industria".
- *Residencia por provincia*: Las Residencias del territorio histórico de Álava son las que mayor índice de apoyo social presentan, seguidas por las Residencias del territorio histórico de Guipúzcoa, finalmente las Residencias del territorio histórico de Vizcaya son las que presentan un nivel de apoyo social inferior.
- *Titularidad*: Las residencias de titularidad pública presentan mayor nivel de apoyo social, que las residencias de titularidad privada.
- *Actividades de tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de mayores a menores corresponden a las siguientes categorías de la variable: en actividades culturales, "todos los días", "no hace", "alguna vez a la semana" y "alguna vez al mes"; en actividades recreativas, "todos los días", "alguna vez a la semana", "alguna vez al mes" y "no hace". Se han encontrado subconjuntos homogéneos en las actividades recreativas entre las categorías "no hace" y "todos los días".
- *Personas con las que comparte el tiempo libre*: Las puntuaciones de mayores a menores corresponden a las siguientes categorías de la variable: "con familiares", "con pareja", "con compañeros de fuera del centro", "con compañeros del centro" y, finalmente, la categorías de "solos" (aquellos sujetos de la muestra que no comparten con nadie su tiempo libre). Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las siguientes categorías de la variables: "solos" y "con familiares".
- *Evolución del uso del tiempo libre*: Las puntuaciones de mayores a menores corresponden a las siguientes categorías de la variable: "no ha variado", "ha variado a mejor" y "ha variado a peor". Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las siguientes categorías de la variable: "a peor" y "no ha variado".
- *Satisfacción con el uso del tiempo libre*: A mayor satisfacción con el tiempo libre, mayor nivel de apoyo social. Se han encontrado subconjuntos homogéneos entre las siguientes categorías de la variable: "poco satisfecho" con "normal" y "muy satisfecho"; "normal" y "muy satisfecho".
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables*: Acontecimiento vital importante, grupos de edad, estado civil, nivel de instrucción, profesión, género, realización de actividad física, realización de actividades relacionadas con los Mass Media, realización de actividades sociales, tiempo de institucionalización, tipo de centro y participación en grupos.

TABLA 7.20

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: OARS

Variable	Categoría de la variable	OARS					Diferencias entre grupos
		N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	
Idioma	Euskera	148	4.76	2.95	15.169	.000	
	Castellano	345	3.74	2.56			
	TOTAL	493	4.01	2.72			

(Continuación)

TABLA 7.20

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: OARS

Variable	Categoría de la variable	OARS			F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
		N	X	D.T.			
Lugar de nacimiento	Mismo pueblo	117	4.03	2.92	3.866	.004	
	Misma provincia	184	4.42	2.73			
	CAV	30	5.10	2.35			
	Otra provincia	162	3.47	2.56			
	Extranjero	3	4.00	3.00			
	TOTAL	496	4.06	2.73			
Motivo de ingreso	Salud	169	3.46	2.60	4.121	.001	
	Familia	62	3.76	2.68			
	Económico	11	4.82	2.23			
	Soledad	151	4.25	2.80			
	Vivienda	19	4.58	3.31			
	Otros	68	5.04	2.53			
TOTAL	480	4.05	2.73				
Residencia por provincia	Vizcaya	290	3.77	2.75	3.913	.021	
	Álava	100	4.41	2.64			
	Guipúzcoa	107	3.80	2.67			
	TOTAL	497	4.05	2.73			
Titularidad	Pública	203	4.41	2.73	6.078	.014	
	Privada	294	3.80	2.71			
	TOTAL	497	4.05	2.73			
TL: Actividad cultural	No hace	337	3.94	2.67	3.290	.021	1) Alguna vez al mes < todos los días.
	Todos los días	103	4.69	2.87			
	Alguna vez a la semana	27	3.93	2.89			
	Alguna vez al mes	29	3.10	2.35			
	TOTAL	496	4.05	2.73			
TL: Actividad recreativa	No hace	288	3.74	2.58	3.975	.008	
	Todos los días	120	4.72	2.87			
	Alguna vez a la semana	55	4.33	3.10			
	Alguna vez al mes	33	3.85	2.41			
	TOTAL	496	4.05	2.73			
Con quién realiza actividades de TL.	Con pareja	27	4.78	2.97	5.707	.000	1) Solo < Con los familiares.
	Con familiares	27	5.63	2.95			
	Compañeros out	51	4.41	2.61			
	Compañeros in	241	4.16	2.76			
	Solo	148	3.35	2.45			
TOTAL	494	4.05	2.73				
Evolución del TL.	No	253	4.46	2.73	6.935	.001	1) A peor < No ha cambiado.
	A mejor	94	3.88	2.84			
	A peor	146	3.44	2.51			
	TOTAL	493	4.05	2.72			

(Continuación)

TABLA 7.20

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: OARS

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	OARS		
					F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Satisfacción uso del TL	Muy satisfecho	184	4.86	2.69	17.910	.000	1) Poco satisfecho
	Normal	243	3.81	2.72			< Normal
	Poco satisfecho	68	2.75	2.13			< muy satisfecho.
	TOTAL	495	4.05	2.73			.000

7.9. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (COOP-WONCA)

En la adaptación utilizada del COOP-WONCA la prueba consta de nueve ítems que valoran la opinión de los propios sujetos sobre cambios en corto plazo, que supuestamente desarrollan el concepto de la OMS sobre salud y que son puntuados en una escala Likert. Los resultados obtenidos dan una media de 22,984 puntos y una desviación típica de 5,380. Si se detallan los resultados (Tabla 7.21) hallados son los siguientes:

Dentro de las subvariables analizadas la mejor puntuación es obtenida por la variable que mide la limitación en actividades sociales, donde se les preguntaba a los sujetos de la muestra si su salud física y estado emocional habían limitado sus actividades sociales. El 70% de la muestra (350 sujetos) indican que no existe ninguna limitación, 62 sujetos (12,4%) que tienen una ligera limitación. El restante 17,6% se distribuye en las categorías de la variable en orden inverso en cuanto a número de sujetos en cada categoría que el aumento de limitaciones para realizar dichas actividades. En cuanto a la variable que mide si su estado emocional o de salud física ha influido en la realización de actividades cotidianas, el 58,4% (292 sujetos) de la muestra contesta que no existe influencia, el 16,2% de la muestra (81 personas) que la influencia es pequeña, el 12% (60 sujetos) que la influencia es moderada, mucha influencia señalan 51 sujetos (10,2%) de la muestra y que la influencia es total la señalan el 3,2% de la muestra (16 sujetos). Respecto a la molestia causada por problemas emocionales (ansiedad, irritabilidad, tristeza, desánimo) denominada COOP-WONCA-2, a la presencia de dolor (COOP-WONCA-7), apoyo social (COOP-WONCA-8) y calidad de vida (COOP-WONCA-9) los datos están agrupados en la siguiente gráfica, donde las categorías designan desde la no influencia (categoría 1- resultados más positivos) a la categoría 5- resultados más negativos):

Los "peores" resultados obtenidos corresponden a cambios en el estado de salud, donde el 68,9% de la muestra (344 sujetos) dicen que su estado de salud no ha variado en las dos últimas semanas, el 16,8% (84 sujetos) han variado a mejor y 72 sujetos (14,4%) a peor; el estado de salud general donde 221 sujetos (44,2%) dicen que su estado de salud general es regular o malo, 215 (43%) que es bueno, y muy bueno o excelente 64 sujetos (12,8% de la muestra). Respecto a la máxima actividad física rea-

lizada por los sujetos (variable peor valorada), el 41,2% la califican de ligera y 118 de muy ligera (en total el 64,8% de la muestra), moderada el 22,8% (114 sujetos) e intensa o muy intensa el 12,4% de la muestra (62 sujetos).

TABLA 7.21

Medidas de tendencia central. COOP-WONCA

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	D. Típica
Forma Física COOP-WONCA-1	M. intensas	21	4,2	3,718	1,045
	Intensa	41	8,2		
	Moderada	114	22,8		
	Ligera	206	41,2		
	Muy Ligera	118	23,6		
Sentimientos de ansiedad, depresión, tristeza COOP-WONCA-2	Nada	209	41,8	2,206	1,269
	Un poco	107	21,4		
	Moderados	80	16,0		
	Bastante	80	16,0		
	Intensos	24	4,8		
Dificultad en actividades cotidianas COOP-WONCA-3	Ninguna	292	58,4	1,836	1,173
	Poco	81	16,2		
	Moderada	60	12,0		
	Mucha	51	10,2		
	Toda	16	3,2		
Actividades sociales limitadas COOP-WONCA-4	Nada	350	70,0	1,540	,931
	Ligeramente	62	12,4		
	Moderadam.	58	11,6		
	Bastante	28	5,6		
	Muchísimo	2	0,4		
Cambios en el estado de salud COOP-WONCA-5	M. mejor	18	3,6	2,985	,691
	Poco mejor	66	13,2		
	Igual	344	68,9		
	Poco Peor	61	12,2		
	M. peor	11	2,2		
Estado de salud COOP-WONCA-6	Excelente	10	2,0	3,378	,861
	Muy bueno	54	10,8		
	Bueno	215	43,0		
	Regular	179	35,8		
	Malo	42	8,4		
Dolor COOP-WONCAC-7	Nada	187	37,4	2,335	1,318
	Muy leve	108	21,6		
	Ligero	94	18,8		
	Moderado	70	14,0		
	Intenso	41	8,2		
Apoyo social COOP-WONCA-8	Todo	78	15,6	2,578	1,011
	Bastante	154	30,8		
	Algunas	186	37,2		
	Alguien	65	13,0		
	Nadie	17	3,4		

(Continuación)

TABLA 7.21
Medidas de tendencia central. COOP-WONCA

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Media	D. Típica
Calidad de vida COOP-WONCA-9	Estupenda	33	6,6	2,474	,779
	Bast. bien	247	49,4		
	Normal	176	35,2		
	Mal	38	7,6		
	Muy mal	6	1,2		

7.9.1. Puntuación total del COOP-WONCA

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.22, Parte 1 y Parte 2) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Acontecimiento vital*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas (a mayor puntuación, mayor perturbación) en calidad de vida respecto a la salud corresponden a las siguientes categorías de la variable: "no ha tenido un acontecimiento vital" y "sí ha tenido un acontecimiento vital".
- *Estado civil*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "separados-divorciados", "casados", "solteros" y "viudos".
- *Idioma*: Los sujetos de la muestra que tienen como primera lengua el euskera tienen puntuaciones más bajas que aquellos que tienen como primera lengua el castellano.
- *Motivo de ingreso*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "vivienda", "otros", "soledad", "familia", "salud" y "económicos". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías de la variable: "vivienda" y "económicos"; "otros" y "económicos", "salud" y "otros".
- *Nivel de instrucción*: En la medida en que aumenta el nivel de instrucción aumenta la calidad de vida respecto de la salud. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre la siguientes categorías: "primarios" y "analfabetos"; "leer-escribir" y "primarios".
- *Residencia por provincia*: Las puntuaciones de más bajas a más altas se dan en los siguientes territorios históricos: Guipúzcoa, Álava y Vizcaya. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las residencias de Vizcaya y Guipúzcoa.
- *Titularidad*: Las Residencias de titularidad pública tienen puntuaciones más bajas que las Residencias de titularidad privada.
- *Género*: Los hombres obtienen puntuaciones más bajas que las mujeres.

TABLA 7.22 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

Variable	Categoría de la variable	COOP-WONCA/TOTAL			F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
		N	X	D.T.			
Acontecimiento vital importante	SÍ	58	25.83	5.54	30.388	.000	
	NO	367	21.95	4.88			
	TOTAL	425	22.48	5.14			
Estado civil	Soltero	198	22.50	5.14	2.777	.041	
	Casado	41	22.49	5.39			
	Viudo	237	23.65	5.42			
	Sep./Div.	24	21.21	6.26			
	TOTAL	500	22.98	5.38			
Idioma	Euskera	149	22.19	4.87	4.666	.031	
	Castellano	347	23.32	5.55			
	TOTAL	496	22.98	5.37			
Motivo de ingreso	Salud	170	24.20	5.67	6.544	.000	2) Vivienda < Económico.
	Familia	62	22.73	5.14			
	Económico	11	27.82	6.03			
	Soledad	152	22.42	4.69			
	Vivienda	20	20.70	4.51			
	Otros	68	21.13	5.43			
	TOTAL	483	22.69	5.39			
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	24.97	5.04	11.004	.000	1) Universitario < Analfabetos.
	Leer-escribir	243	24.08	5.58			
	Primarios	200	21.54	4.85			
	Universitarios	18	20.94	5.18			
	TOTAL	493	22.99	5.40			
Residencia por provincia	Vizcaya	292	23.57	5.64	4.245	.015	
	Álava	101	22.34	5.38			
	Guipúzcoa	107	22.01	4.39			
	TOTAL	500	22.98	5.38			
Titularidad	Pública	204	22.38	4.86	4.410	.036	
	Privada	296	23.40	5.68			
	TOTAL	500	22.98	5.38			
Género	Hombre	166	21.89	5.08	10.441	.001	
	Mujer	334	23.53	5.45			
	TOTAL	500	22.98	5.38			
TL: Actividad física	No hace	174	24.77	5.62	13.472	.000	1) Alguna vez al mes < alguna vez a la semana < no hace.
	Todos los días	227	21.97	4.61			
	Alguna vez a la semana	42	23.64	6.20			
	Alguna vez al mes	56	20.79	4.89			
	TOTAL	499	22.96	5.35			
TL: Actividad cultural	No hace	339	23.51	5.42	4.660	.003	2) Todos los días < no hace.
	Todos los días	103	21.74	4.90			
	Alguna vez a la semana	27	23.04	4.75			
	Alguna vez al mes	30	20.83	5.58			
	TOTAL	499	22.96	5.35			

(Continuación)

TABLA 7.22 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob.	
						H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Actividad Recreativa	No hace	290	23.56	5.52	3.528	.015	
	Todos los días	120	22.07	5.17		.015	
	Al. vez semana	56	22.71	4.76			
	Al. vez al mes	33	21.71	4.73			
	TOTAL	499	22.96	5.35			

- *Actividades de tiempo libre*: En las actividades físicas, culturales y recreativas las puntuaciones en orden de puntuaciones más bajas a puntuaciones más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace". En lo relativo a las actividades relacionadas con los medios de comunicación las puntuaciones en orden de puntuaciones más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana", "todos los días" y "no hace". En lo relativo a los subconjuntos heterogéneos de las comparaciones múltiples Scheffé, tanto para actividades físicas como recreativas se han encontrado los siguientes: "No hace" con "alguna vez al mes" y "todos los días". En lo que respecta a las actividades culturales los subconjuntos encontrados corresponden a las siguientes categorías de la variable: "no hace" y "todos los días".

TABLA 7.22 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob.	
						H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Mass Media	No hace	135	24.53	6.13	6.417	.000	1) Alguna vez al mes < no hace.
	Todos los días	289	22.57	4.483		.001	
	Alguna semana	24	22.46	5.17			
	Alguna vez mes	51	21.24	5.19			
	TOTAL	499	22.96	5.35			
Con quién realiza actividades de TL	Con pareja	27	21.52	4.48	2.411	.048	
	Con familiares	27	22.78	6.83			
	Compañeros out	51	21.33	4.91			
	Compañeros in	242	23.02	5.24			
	Solo	150	23.69	5.43			
	TOTAL	497	22.96	5.36			

(Continuación)

TABLA 7.22 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F. prob.		Diferencias entre grupos
					F	H Kruskal Wallis	
Evolución del TL.	No	254	21.66	4.65	43.864	.000	1) A mejor < A peor. 2) No < A peor.
	A mejor	95	21.52	4.65			
	A peor	147	26.12	5.42			
	TOTAL	496	22.95	5.30			
Satisfacción uso del TL	Muy satisfecho	184	20.28	3.85	78.428	.000	1) Muy satisfecho < Normal 2) Normal < Poco satisfecho.
	Normal	246	23.42	5.06			
	Poco satisfecho	68	28.46	5.22			
	TOTAL	498	22.95	5.35			
Capacidad del centro	< 12 Residentes	31	23.42	5.69	4.661	.001	1) 12-30 residentes ≠ > 200 residentes.
	12-30 Residentes	72	21.29	4.70			
	30-100 Residentes	159	22.89	5.25			
	101-200 Residentes	121	22.50	5.43			
	> 200 Residentes	117	24.54	5.48			
	TOTAL	500	22.98	5.38			

- *Personas con las que comparte su tiempo libre:* Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas, corresponden a las siguientes categorías de la variable: "compañeros de fuera del centro", "con pareja", "con familiares", "con compañeros del centro donde residen" y "solos" (aquellos que no comparten con nadie su tiempo libre).
- *Evolución el uso del tiempo libre:* Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "ha variado a mejor", "no ha variado" y "ha variado a peor". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías: "ha variado a mejor" y "ha variado a peor"; "no ha variado" y "ha variado a peor".
- *Satisfacción con el tiempo libre:* A medida que aumenta la satisfacción con el tiempo libre, aumenta la calidad de vida respecto de la salud. Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "muy satisfecho" con "normal" y "poco satisfecho"; "normal" y "poco satisfecho".
- *Capacidad del centro:* Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "12-30 residentes", "101 a 200 residentes", "30 a 100 residentes", "menos de 12 residentes", "más de 200 residentes". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías: "12 a 30 residentes" y "más de 200 residentes".
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables:* Edad en grupos, lugar de nacimiento, lugar de residencia, profesión, realización de actividades sociales, tiempo de institucionalización y participación en grupos.

7.9.2. Puntuación de la “forma física” del COOP-WONCA

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.23, Parte 1 y Parte 2) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Acontecimiento vital*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “no ha tenido un acontecimiento vital estresante” y “sí ha tenido un acontecimiento vital estresante”.

TABLA 7.23 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Forma física

COOP-WONCA/FORMA FÍSICA

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Acontecimiento vital importante	Sí	58	4.00	.88	7.109	.008	
	NO	367	3.60	1.09			
	TOTAL	425	3.65	1.07			
Motivo de ingreso	Salud	170	4.02	1.02	6.653	.000	1) Vivienda < Económico. 2) Otros < Económico.
	Familia	62	3.53	1.14			
	Económico	11	4.27	.65			
	Soledad	152	3.68	.93			
	Vivienda	20	3.40	1.31			
	Otros	68	3.31	1.04			
TOTAL	483	3.73	1.05	.000			
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	4.03	.78	9.145	.000	1) Universitarios con: < primarios < leer y escribir < analfabetos.
	Leer-escribir	243	3.86	1.00			
	Primarios	200	3.59	1.08			
	Universitarios	18	2.72	1.18			
	TOTAL	493	3.72	1.05			
Género	Hombre	166	3.55	1.11	6.632	.010	
	Mujer	334	3.80	1.00			
	TOTAL	500	3.72	1.05			
TL: Actividad física	No hace	174	4.20	.92	25.212	.000	1) Alguna vez al mes < alguna vez a la semana < no lo hace. 2) Todos los días < no hace.
	Todos los días	227	3.45	.96			
	Alguna vez a la semana	42	3.81	1.04			
	Alguna vez al mes	56	3.20	1.1			
	TOTAL	499	3.72	1.04			
TL: Actividad cultural	No hace	339	3.85	1.01	7.980	.000	1) Alguna vez al mes < no hace.
	Todos los días	103	3.54	.97			
	Alguna vez a la semana	27	3.44	1.22			
	Alguna vez al mes	30	3.03	1.19			
	TOTAL	499	3.72	1.04			

(Continuación)

TABLA 7.23 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Forma física

COOP-WONCA/FORMA FÍSICA

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Actividad recreativa	No hace	290	3.87	1.00			1) Alguna vez al mes < no hace.
	Todos los días	120	3.41	1.10			
	Alguna vez a la semana	56	3.77	.95	7.191	.000	
	Alguna vez al mes	33	3.36	1.08		.000	
	TOTAL		499	3.72	1.04		
TL: Mass Media	No hace	135	3.74	1.06			1) Alguna vez al mes: < alguna vez a la semana.
	Todos los días	289	3.76	1.01			
	Alguna vez a la semana	24	3.88	.99	3.235	.022	
	Alguna vez al mes	51	3.29	1.12		.022	
	TOTAL		499	3.72	1.04		

- *Motivo de ingreso*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "otros", "vivienda", "familia", "soledad", "salud", "económicos". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre "salud" y "otros".
- *Nivel de instrucción*: En la medida en que aumenta el nivel de instrucción disminuyen las puntuaciones. Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "universitarios" con, "primarios", "leer y escribir" y "analfabetos".
- *Género*: Los hombres tienen una mayor forma física que las mujeres.
- *Actividades de tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: en actividades físicas y recreativas "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace"; en las actividades culturales "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana", "todos los días" y "no hace"; en las actividades relacionadas con los medios de comunicación "alguna vez al mes", "no hace", "todos los días" y "alguna vez a la semana". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos en actividades físicas entre las siguientes categorías de la variable: "alguna vez al mes" con "alguna vez a la semana" y "no hace"; "todos los días" y "no hace". En lo relativo a las actividades culturales estos son los subconjuntos heterogéneos hallados: "alguna vez al mes" y "no hace". Respecto a las actividades recreativas los subconjuntos heterogéneos son: "todos los días" y "no hace". En el caso de las actividades relacionadas con los medios de comunicación, los subconjuntos heterogéneos se dan entre las siguientes categorías de la variable: "alguna vez al mes" y "todos los días".
- *Personas con las que comparte su tiempo libre*: Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "con pareja", "compañeros de fuera del centro", "con familiares", "con compañeros del centro" y "solos", aquellos que no comparten con nadie su tiempo libre.

- *Evolución en el uso del tiempo libre:* Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "ha variado a mejor", "no ha variado" y "ha variado a peor". Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "ha variado a mejor" y "ha variado a peor"; "no ha variado" y "ha variado a peor".
- *Satisfacción con el tiempo libre:* En la medida en que aumenta la satisfacción con el uso del tiempo disminuyen las puntuaciones respecto a la forma física de los sujetos de la muestra. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las categorías de "muy satisfecho" con "normal" y "poco satisfecho".
- *Relaciones no significativas con la salud no tiene relaciones significativas con las siguientes variables:* Grupos de edad, estado civil, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, profesión, Residencia por provincia, titularidad del centro, realización de actividades sociales, tiempo de institucionalización, capacidad del centro y participación en grupos.

TABLA 7.23 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Forma física

COOP-WONCA/FORMA FÍSICA

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Con quién realiza actividades de TL	Con pareja	27	3.37	.97	2.443	.046	
	Con familiares	27	3.48	1.28			
	Compañeros out	51	3.45	1.10			
	Compañeros in	242	3.77	1.04			
	Solo	150	3.82	.98			
	TOTAL	497	3.71	1.05			
Evolución del TL	No	254	3.65	1.01	5.763	.003	1) A mejor < a peor.
	A mejor	95	3.54	1.07			
	A peor	147	3.95	1.04			
	TOTAL	496	3.72	1.04			
Satisfacción uso del TL	Muy satisfecho	184	3.46	1.01	10.139	.000	1) Muy satisfecho < Normal < Poco satisfecho.
	Normal	246	3.83	1.03			
	Poco satisfecho	68	4.01	1.07			
	TOTAL	498	3.71	1.05			

7.9.3. Puntuación de los "sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión" del COOP-WONCA

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.24, Parte 1 y Parte 2) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Acontecimiento vital:* Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "no ha tenido un acontecimiento vital" y "sí ha tenido un acontecimiento vital".

- *Estado civil*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "viudos", "solteros", "separados y divorciados" y "casados". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías de la variable: "solteros" y "casados".
- *Nivel de instrucción*: En la medida en que aumenta el nivel de instrucción disminuyen las puntuaciones en valor absoluto. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre: "leer-escribir" y "primarios".
- *Género*: Los hombres dan puntuaciones menores que las mujeres.
- *Actividades de tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: en las actividades de tipo físico, "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace"; en las actividades relacionadas con los medios de comunicación "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana", "todos los días" y "no hace". Se han encontrado en las actividades de tiempo libre subconjuntos heterogéneos entre la categoría "alguna vez al mes" y el resto de categorías de la variable. En lo relativo a las actividades relacionadas con los medios de comunicación se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "no hace" con "alguna vez al mes" y "todos los días".
- *Evolución en el uso del tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas, corresponden a las siguientes categorías de la variable: "no ha variado", "ha variado a mejor" y "ha variado a peor". Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "no ha variado" y "ha variado a peor"; "ha variado a peor" y "ha variado a mejor".
- *Satisfacción con el uso del tiempo libre*: En la medida en la que aumenta la satisfacción con el tiempo libre disminuyen el valor de las puntuaciones asignados a cada una de las categorías de la variable. Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "muy satisfecho" con "normal" y "poco satisfecho"; "normal" y "poco satisfecho".

TABLA 7.24 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión

COOP-WONCA/SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD...

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Acontecimiento vital importante	SÍ	58	2.95	1.30	27.961	.000	
	NO	367	2.04	1.21			
	TOTAL	425	2.16	1.26			
Estado civil	Soltero	198	1.99	1.20	5.077	.002	
	Viudo	41	1.93	1.23			
	Casado	237	2.43	1.30			
	Sep./Div.	24	2.21	1.32			
	TOTAL	500	2.21	1.27			

(Continuación)

TABLA 7.24 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión

COOP-WONCA/SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD,...

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	2.44	1.48			
	Leer-escribir	243	2.39	1.33			
	Primarios	200	2.00	1.16	4.796	.003	
	Universitarios	18	1.72	.83		.008	
	TOTAL	493	2.21	1.27			
Género	Hombre	166	1.88	1.10			
	Mujer	334	2.37	1.32	16.970	.000	
	TOTAL	500	2.21	1.27		.000	
TL: Actividad física	No hace	174	2.46	1.35			1) Alguna vez al mes
	Todos los días	227	2.15	1.22	7.774	.000	< todos los días
	Alguna vez a la semana	42	2.29	1.27		.000	< alguna vez a la
	Alguna vez al mes	56	1.55	.93			semana <no hace.
	TOTAL	499	2.20	1.27			
TL: Mass Media	No hace	135	2.63	1.34			1) Alguna vez al mes <
	Todos los días	289	2.11	1.21			no hace.
	Alguna vez a la semana	24	2.00	1.22	9.253	.000	
	Alguna vez al mes	51	1.67	1.13		.000	
	TOTAL	499	2.20	1.27			
Evolución del TL	No	254	1.90	1.11			1) No < A peor
	A mejor	95	1.99	1.14			2) A mejor < a peor.
	A peor	147	2.86	1.37	32.221	.000	
	TOTAL	496	2.20	1.27		.000	
Satisfacción uso del TL	Muy satisfecho	184	1.79	1.04			1) Muy satisfecho
	Normal	246	2.19	1.22			< Normal
	Poco satisfecho	68	3.34	1.32	43.052	.000	< Poco satisfecho.
	TOTAL	498	2.20	1.27		.000	2) Normal < poco satisfecho.

- *Tiempo de institucionalización:* Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "más de 120 meses", "de 73 a 96 meses", "de 25 a 48 meses", "de 0 a 24 meses", "de 49 a 72 meses", "de 97 a 120 meses".
- *Capacidad del centro:* Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "de 12 a 30 residentes", "menos de 12 residentes", "de 101 a 200 residentes", "de 30 a 100 residentes", "más de 200 residentes". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las Residencias de "12 a 30 residentes" y las "de más de 200 residentes".
- *Relaciones no significativas con la siguientes variables:* Grupos de edad, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, motivo de ingreso, profesión, Residencia por provincia, titularidad,

realización de actividades culturales, realización de actividades recreativas, realización de actividades sociales, personas con las que realiza las actividades de TL y participación en grupos.

TABLA 7.24 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión

COOP-WONCA/SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Tiempo de institucionalización	0-24 meses	222	2.25	1.29	2.425	.035	
	25-48 meses	82	2.09	1.19			
	49-72 meses	57	2.42	1.35			
	73-96 meses	27	2.00	1.14			
	97-120 meses	27	2.67	1.36			
	> 120 meses	74	1.88	1.12			
	TOTAL	489	2.20	1.26			
Capacidad del Centro	< 12 Residentes	31	2.03	1.28	4.571	.001	1) 12-30 residentes ≠ < 200 residentes
	12-30 Residentes	72	1.86	1.01			
	30-100 Residentes	159	2.18	1.30			
	101-200 Residentes	121	2.12	1.29			
	> 200 Residentes	117	2.60	1.27			
	TOTAL	500	2.21	1.27			

7.9.4. Puntuación de la “dificultad en actividades cotidianas” del COOP-WONCA

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.25, Parte 1 y Parte 2) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Acontecimiento vital*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “no ha tenido un acontecimiento vital” y “sí ha tenido un acontecimiento vital”.
- *Idioma*: Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “euskera primera lengua” y “castellano primera lengua”.
- *Motivo de ingreso*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “vivienda”, “otros”, “soledad”, “familia”, “salud” y “económicos”. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías: “otros” y “económicos”; “soledad” y “salud”.
- *Nivel de instrucción*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “primarios”, “universitarios”, “leer y escribir” y “analfabetos”. Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos: “leer y escribir” y “primarios”.

- *Profesión última*: Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "profesión liberal", "otras", "industria", "agricultura y pesca", "comercio", "sus labores" y "funcionarios". Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos entre las categorías "profesión liberal" y "sus labores" en las comparaciones *post-hoc*.
- *Residencia por provincia*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas, corresponden a las siguientes categorías de la variable: Residencias de Guipúzcoa, Residencias de Álava y Residencias de Vizcaya. Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos entre las Residencias de Guipúzcoa y Álava, así como entre las Residencias de Guipúzcoa y Vizcaya.
- *Titularidad de los centros*: Las Residencias públicas dan puntuaciones menores, que las Residencias privadas.
- *Género*: Los hombres dan puntuaciones más bajas que la mujeres.
- *Actividades de tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a: en las actividades físicas, "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace"; respecto a las actividades culturales, "alguna vez al mes", "todos los días", "no hace" y "alguna vez a la semana"; en los relativo a las actividades relacionadas con los medios de comunicación social, "alguna vez al mes", "alguna vez a la semana", "todos los días" y "no hacen". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las diversas categorías de la variable en las comparaciones *post-hoc* para actividades físicas, que son: "alguna vez al mes" y "no hace"; "todos los días" y "no hace".

TABLA 7.25 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Dificultad en actividades cotidianas

COOP-WONCA/DIFICULTAD EN ACTIVIDADES COTIDIANAS

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Acontecimiento vital importante	SI	58	2.47	1.37	29.500	.000	
	NO	367	1.63	1.04			
	TOTAL	425	1.74	1.13			
Idioma	Euskera	149	1.60	.96	8.365	.004	
	Castellano	347	1.93	1.24			
	TOTAL	496	1.83	1.17			
Motivo de ingreso	Salud	170	2.11	1.33	5.329	.000	1) Vivienda
	Familia	62	1.89	1.20			< Económicos.
	Económico	11	2.82	1.17			2) Otros<Económicos.
	Soledad	152	1.66	1.03			3) Soledad
	Vivienda	20	1.45	.76			< Económicos.
	Otros	68	1.56	1.01			
	TOTAL	483	1.85	1.18			

(Continuación)

TABLA 7.25 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Dificultad en actividades cotidianas

COOP-WONCA/DIFICULTAD EN ACTIVIDADES COTIDIANAS

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	2.06	1.27			
	Leer-escribir	243	2.02	1.30			
	Primarios	200	1.60	.97	5.314	.001	
	Universitarios	18	1.89	.96		.005	
	TOTAL	493	1.85	1.18			
Profesión	Sus labores	105	2.10	1.30			1) Profesión liberal < Funcionarios.
	Agricultura	37	1.89	1.02			
	Industria	122	1.78	1.14	3.895	.001	
	Profesión liberal	64	1.34	.62		.001	
	Funcionario	13	2.38	1.39			
	Comercio	34	1.94	1.28			
	Otras	102	1.70	1.11			
	TOTAL	477	1.81	1.15			
Residencia por provincia	Vizcaya	292	2.02	1.21			1) Guipúzcoa < Álava.
	Álava	101	1.91	1.27			2) Guipúzcoa < Vizcaya.
	Guipúzcoa	107	1.27	.71	17.140	.000	
	TOTAL	500	1.84	1.17		.000	
Titularidad	Pública	204	1.59	.96			
	Privada	296	2.01	1.27	15.832	.000	
	TOTAL	500	1.84	1.17		.000	
Género	Hombre	166	1.64	1.05			
	Mujer	334	1.93	1.22	7.128	.008	
	TOTAL	500	1.84	1.17		.006	
TL: Actividad física	No hace	174	2.19	1.37			1) Alguna vez al mes: < no hace.
	Todos los días	227	1.67	.99			2) Todos los días < no hace.
	Alguna vez semana	42	1.81	1.23			
	Alguna vez mes	56	1.39	.78	10.028	.000	
	TOTAL	499	1.83	1.17		.000	
TL: Actividad Cultural	No hace	339	1.91	1.23			
	Todos los días	103	1.61	.97			
	Alguna vez semana	27	2.11	1.15	3.018	.030	
	Alguna vez mes	30	1.50	.94		.028	
	TOTAL	499	1.83	1.17			

- *Evolución en el uso del tiempo libre:* Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "no ha variado", "ha variado a mejor" y "ha variado a peor". Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "no ha variado" y "ha variado a peor"; "ha variado a mejor" y "ha variado a peor".

- *Satisfacción con el uso del tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "muy satisfecho", "normal" y "poco satisfecho". Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "muy satisfecho" con "normal" y "poco satisfecho"; "normal" y "poco satisfecho".
- *Participación en grupos*: Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "no ha participado", "participa" y "ha participado".
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables*: Grupos de edad, estado civil, lugar de nacimiento, lugar de residencia, realización de actividades recreativas, realización de actividades sociales, con quien realiza las actividades de TL, tiempo de institucionalización, capacidad del centro y participación en grupos.

TABLA 7.25 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Dificultad en actividades cotidianas

COOP-WONCA/DIFICULTAD EN ACTIVIDADES COTIDIANAS

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Mass Media	No hace	135	2.01	1.25	2.639	.049	
	Todos los días	289	1.81	1.18			
	Alguna vez a la semana	24	1.75	1.03			
	Alguna vez al mes	51	1.49	.88			
	TOTAL	499	1.83	1.17			
Evolución del TL	No	254	1.54	.95	21.042	.000	1) No < A peor. 2) A mejor < A peor.
	A mejor	95	1.86	1.27			
	A peor	147	2.30	1.29			
	TOTAL	496	1.83	1.17			
Satisfacción uso del TL	Muy satisfecho	184	1.48	.87	23.835	.000	1) Muy satisfecho < Normal < Poco satisfecho. 2) Normal < Poco satisfecho.
	Normal	246	1.89	1.20			
	Poco satisfecho	68	2.56	1.38			
	TOTAL	498	1.83	1.17			

7.9.5. Puntuación de las "actividades sociales limitadas" del COOP-WONCA

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.26) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Acontecimiento vital*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "no ha tenido un acontecimiento vital" y "sí ha tenido un acontecimiento vital".

- *Motivo de ingreso*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "otros", "vivienda", "soledad", "familia", "salud" y "económicos".
- *Nivel de instrucción*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "primarios", "universitarios", "leer y escribir" y "analfabetos". Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías de la variable: "leer y escribir" y "primarios".
- *Residencia por provincia*: Los territorios históricos donde las Residencias obtienen puntuaciones de menor (mejores índices) a mayor (peores índices) son los siguientes: Guipúzcoa, Álava y Vizcaya. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las Residencias de Guipúzcoa y Vizcaya.
- *Actividades de tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas, corresponden a las siguientes categorías de las actividades tanto físicas, como las relacionadas con los medios de comunicación: "alguna vez al mes", "todos los días", "alguna vez a la semana" y "no hace". Se han encontrado para las actividades físicas los siguientes subconjuntos heterogéneos en las comparaciones *post-hoc*: "no hace" y "todos los días". En lo relativo a las actividades relacionadas con los medios de comunicación las comparaciones *post-hoc* dan como resultado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "no hace" con "alguna vez al mes" y "todos los días".
- *Personas con las que comparte el tiempo libre*: Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "con compañeros de fuera del centro", "con la pareja", "con compañeros del centro", "solos" y "con familiares".
- *Evolución en el uso del tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "no ha variado", "ha variado a mejor" y "ha variado a peor". Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "no ha variado" y "ha variado a peor"; "ha variado a mejor" y "ha variado a peor".
- *Satisfacción con el uso del tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "muy satisfecho", "normal" y "poco satisfecho". Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "muy satisfecho" con "normal" y "poco satisfecho"; "normal" y "poco satisfecho".
- *Capacidad del centro*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "de 12 a 30 residentes", "de 101 a 200 residentes", "de 30 a 100 residentes" y "menos de 12 residentes" (estas dos últimas categorías con la misma media), "más de 200 residentes". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías: "12-30 residentes" y "más de 200 residentes"; "101-200 residentes" y "más de 200 residentes".
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables*: Grupos de edad, estado civil, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, profesión, titularidad, género, realización de actividades sociales, realización de actividades recreativas, realización de actividades culturales, tiempo de institucionalización y participación en grupos.

TABLA 7.26

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Actividades sociales limitadas

COOP-WONCA/ACTIVIDADES SOCIALES LIMITADAS

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Acontecimiento vital importante	Sí	58	1.91	1.19	18.577	.000	
	NO	367	1.39	.79			
	TOTAL	425	1.46	.87			
Motivo de ingreso	Salud	170	1.66	1.06	3.080	.010	1) Otros < Económicos. 2) Vivienda < Económicos. 3) Soledad < Económicos.
	Familia	62	1.61	1.00			
	Económico	11	2.27	1.19			
	Soledad	152	1.42	.76			
	Vivienda	20	1.40	.88			
	Otros	68	1.37	.81			
TOTAL	483	1.54	.94				
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	1.75	.92	3.489	.016	
	Leer-escribir	243	1.65	1.03			
	Primarios	200	1.39	.80			
	Universitarios	18	1.50	.71			
	TOTAL	493	1.54	.93			
Residencia por provincia	Vizcaya	292	1.65	1.01	5.617	.004	1) Guipúzcoa < Vizcaya.
	Álava	101	1.43	.78			
	Guipúzcoa	107	1.34	.78			
	TOTAL	500	1.54	.93			
TL: Actividad física	No hace	174	1.72	1.07	4.102	.007	
	Todos los días	227	1.42	.78			
	Alguna vez a la semana	42	1.62	1.10			
	Alguna vez al mes	56	1.38	.78			
	TOTAL	499	1.54	.93			
TL: Mass Media	No hace	135	1.78	1.08	4.545	.004	
	Todos los días	289	1.46	.86			
	Alguna vez a la semana	24	1.50	.93			
	Alguna vez al mes	51	1.33	.77			
	TOTAL	499	1.54	.93			
Con quién realiza actividades de TL	Con pareja	27	1.37	.84	2.439	.046	
	Con familiares	27	1.74	.98			
	Compañeros out	51	1.35	.87			
	Compañeros in	242	1.47	.87			
	Solo	150	1.69	1.02			
	TOTAL	497	1.54	.93			
Evolución del TL.	No	254	1.35	.77	18.411	.000	1) No < A peor. 2) A mejor < A peor.
	A mejor	95	1.44	.87			
	A peor	147	1.90	1.09			
	TOTAL	496	1.53	.93			

(Continuación)

TABLA 7.26

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Actividades sociales limitadas

COOP-WONCA/ACTIVIDADES SOCIALES LIMITADAS

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Satisfacción uso del TL	Muy satisfecho	184	1.24	.61	24.327	.000	1) Muy satisfecho < Normal
	Normal	246	1.59	.96			
	Poco satisfecho	68	2.10	1.19			
	TOTAL	498	1.53	.93			
Capacidad del Centro	< 12 Residentes	31	1.55	.93	4.185	.002	1) 12-30 residentes ≠ < 200 residentes
	12-30 Residentes	72	1.32	.69			
	30-100 Residentes	159	1.55	.90			
	101-200 Residentes	121	1.40	.85			
	> 200 Residentes	117	1.80	1.11			
	TOTAL	500	1.54	.93			

7.9.6. Puntuación de los “cambios en el estado de salud” del COOP-WONCA

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.27) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Profesión*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “comercio”, “otras”, “funcionario”, “agricultura y pesca”, “industria” y “sus labores”.
- *Actividades de tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable tanto para las actividades físicas como aquellas relacionadas con los medios de comunicación: “alguna vez al mes”, “todos los días”, “alguna vez a la semana” y “no hace”. Para las actividades culturales las puntuaciones en orden de más bajas a más altas, corresponden a las siguientes categorías de la variable: “alguna vez a la semana”, “todos los días” y “alguna vez al mes” (estas dos últimas con la misma puntuación) y “no hace”. Se han hallado subconjuntos heterogéneos para las comparaciones *post-hoc* en las actividades relacionadas con los medios de comunicación y en las siguientes categorías: “alguna vez al mes” con “todos los días” y “no hace”.
- *Evolución en el uso del tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “ha variado a mejor”, “no ha variado” y “ha variado a peor”. Se han encontrado dos subconjuntos heterogéneos entre las categorías “a mejor” y “a peor”.
- Satisfacción con el tiempo libre: A medida que aumenta la satisfacción con el tiempo libre disminuyen los valores absolutos (mejores índices). Se han encontrado subconjuntos heterogé-

neos entre las siguientes categorías: "muy satisfecho" y "poco satisfecho"; "normal" y "poco satisfecho".

- *Relaciones no significativas con las siguientes variables:* Acontecimiento vital importante, grupos de edad, estado civil, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, motivo de ingreso, nivel de instrucción, Residencia por provincia, titularidad del centro, género, realización de actividades recreativas, realización de actividades sociales, con quién realiza las actividades de tiempo libre, tiempo de institucionalización, capacidad de centro y participación en grupos.

TABLA 7.27

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Cambios en el estado de salud

COOP-WONCA/CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Profesión	Sus labores	105	3.05	.68	2.155	.046	
	Agricultura	37	2.97	.73			
	Industria	122	2.99	.70			
	P. liberal	63	3.08	.58			
	Funcionario	13	2.85	.69			
	Comercio	34	2.68	.77			
	Otros	102	2.84	.70			
TOTAL		476	2.96	.69			
TL: Actividad física	No hace	173	3.08	.68	5.943	.001	1) Alguna vez al mes < alguna vez a la semana < no hace.
	Todos los días	227	2.92	.70			
	Alguna vez a la semana	42	3.07	.46			
	Alguna vez al mes	56	2.66	.75			
TOTAL		498	2.96	.69			
TL: Actividades culturales	No hace	339	3.02	.68	3.298	.020	
	Todos los días	102	2.83	.73			
	Alguna vez a la semana	27	2.74	.66			
	Alguna vez al mes	30	2.83	.65			
TOTAL		498	2.96	.69			
TL: Mass Media	No hace	135	3.01	.77	4.401	.005	1) Alguna vez al mes < no hace.
	Todos los días	288	2.99	.64			
	Alguna vez a la semana	24	3.00	.51			
	Alguna vez al mes	51	2.63	.7			
TOTAL		498	2.96	.69			
Evolución del TL	No	253	2.94	.59	5.860	.003	1) A mejor < A peor.
	A mejor	95	2.79	.73			
	A peor	47	3.09	.77			
	TOTAL	495	2.95	.68			
Satisfacción uso del TL	Muy satisfecho	184	2.84	.63	10.029	.000	1) Muy satisfecho < Poco satisfecho.
	Normal	245	2.95	.65			
	Poco satisfecho	68	3.26	.84			
	TOTAL	497	2.95	.69			
						.001	2) Normal < poco satisfecho.

7.9.7. Puntuación del “estado de salud” del COOP-WONCA

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.28) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Acontecimiento vital importante*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “no ha existido” y “ha existido”.
- *Estado civil*: Las puntuaciones de bajas a altas, corresponden a las siguientes categorías de la variable: “separados y divorciados”, “solteros”, “casados” y “viudos”. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías: “separados y divorciados” y “viudos”.
- *Nivel de instrucción*: A mayor nivel de instrucción puntuaciones menores en valor absoluto (mejores puntuaciones). Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos en las comparaciones post-hoc: “analfabetos” y “primarios”; “leer y escribir” y “primarios”.
- *Género*: Los hombres obtienen puntuaciones más bajas que la mujeres.
- *Evolución en el uso del tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “ha variado a mejor”, “no ha variado” y “ha variado a peor”. Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos en las comparaciones post-hoc: “ha variado a mejor” y “ha variado a peor”; “no ha variado” y “ha variado a peor”.
- *Satisfacción con el uso del tiempo libre*: A medida que aumenta la satisfacción con el tiempo libre disminuyen los valores absolutos (mejores índices). Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las siguientes categorías: “muy satisfecho” con “normal” y “poco satisfecho”; “normal” y “poco satisfecho”.
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables*: Grupos de edad, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia motivo de ingreso, profesión, Residencia por provincia, titularidad del centro, realización de actividad física, realización de actividad cultural, realización de actividades recreativas, realización de actividades relacionadas con los Mass Media, realización de actividades sociales, con quién realiza las actividades de TL, tiempo de institucionalización, capacidad del centro y participación en grupos.

TABLA 7.28

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Estado de salud

COOP-WONCA/ESTADO DE SALUD					F. prob.	H Kruskal	Diferencias entre
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	Wallis	grupos
Acontecimiento vital importante	SI	58	3.59	.90	4.665	.031	
	NO	367	3.32	.88			
	TOTAL	425	3.35	.89			
Estado civil	Soltero	198	3.31	.82	3.866	.009	1) Sep./Div. < Viudos.
	Casado	41	3.41	.97			
	Viudo	237	3.48	.85			
	Sep./Div.	24	2.92	.93			
	TOTAL	500	3.38	.86			

(Continuación)

TABLA 7.28

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Estado de salud

COOP-WONCA/ESTADO DE SALUD

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	3.72	.73			1) Universitarios < Analfabetos.
	Leer-escribir	243	3.48	.86			
	Primarios	200	3.23	.85	5.534	.001	
	Universitarios	18	3.11	.90		.001	
	TOTAL	493	3.38	.86			
Género	Hombre	166	3.23	.88			
	Mujer	334	3.45	.84	7.556	.006	
	TOTAL	500	3.38	.86		.013	
Evolución del TL	No	254	3.28	.84			1) A mejor < A peor. 2) No < A peor.
	A mejor	95	3.12	.91			
	A peor	147	3.72	.73	19.382	.000	
	TOTAL	496	3.38	.85		.000	
Satisfacción uso del TL	Muy satisfecho	184	3.07	.89			1) Muy satisfecho < Normal < Poco satisfecho. 2) Normal < Poco satisfecho.
	Normal	246	3.46	.76	29.448	.000	
	Poco satisfecho	68	3.91	.77		.000	
	TOTAL	498	3.38	.86			

7.9.8. Puntuación del “dolor” del COOP-WONCA

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.29) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Acontecimiento vital importante*: Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “no ha existido” y “ha existido”.
- *Lugar de nacimiento*: Las puntuaciones en orden de más bajas a puntuaciones más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “mismo municipio donde se encuentra la Residencia en la que vive actualmente”, “misma provincia pero diferente municipio en el que actualmente residen”, “otra provincia del Estado español”; “en la Comunidad Autónoma Vasca pero en una provincia diferente a la que actualmente residen”, “en el extranjero”.
- *Nivel de instrucción*: Las puntuaciones de más bajas a puntuaciones más altas, corresponden a las siguientes categorías de la variable: “primarios”, “universitarios”, “leer y escribir” y “analfabetos”.
- *Género*: Los hombres dan puntuaciones más bajas (mejores niveles) que las mujeres.
- *Evolución en el uso del tiempo libre*: Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “ha variado a mejor”, “no ha variado” y “ha variado a peor”. Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: “ha variado a mejor” y “ha variado a peor”; “no ha variado” y “ha variado a peor”.

- *Satisfacción con el uso del tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "muy satisfecho", "normal" y "poco satisfecho". Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "muy satisfecho" con "normal" y "poco satisfecho"; "normal" y "poco satisfecho".
- *Capacidad del centro*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "12-30 residentes", "101-200 residentes", "30 a 100 residentes", "menos de 12 residentes" y "más de 200 residentes".
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables*: Grupos de edad, estado civil, idioma, lugar de residencia, motivo de ingreso, profesión, Residencia por provincia, titularidad del centro, realización de actividad física, realización de actividades culturales, realización de actividades recreativas, realización de actividades relacionadas con los Mass Media, realización de actividades sociales, con quién realiza las actividades de tiempo libre, tiempo de institucionalización y participación en grupos.

TABLA 7.29

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Dolor

		COOP-WONCA/DOLOR			F. prob.		Diferencias entre grupos
Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	H Kruskal Wallis	
Acontecimiento vital importante	SÍ	58	2.64	1.28	4.785	.029	
	NO	366	2.23	1.32			
	TOTAL	424	2.29	1.32			
Lugar de nacimiento	Mismo pueblo	118	2.00	1.21	3.209	.013	
	Misma provincia	185	2.39	1.30			
	CAV	30	2.70	1.42			
	Otra provincia	162	2.41	1.35			
	Extranjero	3	3.33	1.53			
TOTAL	498	2.33	1.32	.012			
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	2.72	1.33	2.975	.031	
	Leer-escribir	243	2.45	1.31			
	Primarios	199	2.15	1.30			
	Universitarios	18	2.17	1.38			
	TOTAL	492	2.34	1.32			
Género	Hombre	166	2.15	1.23	4.889	.027	
	Mujer	333	2.43	1.35			
	TOTAL	499	2.33	1.32			
Evolución del TL.	No	253	2.18	1.29	10.544	.000	1) A mejor < A peor. 2) No < A peor.
	A mejor	95	2.12	1.11			
	A peor	147	2.74	1.40			
	TOTAL	495	2.33	1.31			
Satisfacción uso del TL	Muy satisfecho	184	1.99	1.12	16.510	.000	1) Muy satisfecho < Normal < Poco satisfecho. 2) Normal < poco satisfecho.
	Normal	245	2.40	1.33			
	Poco satisfecho	68	3.01	1.44			
	TOTAL	497	2.33	1.31			

(Continuación)

TABLA 7.29

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Dolor

COOP-WONCA/DOLOR

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Capacidad del Centro	< 12 Residentes	31	2.45	1.31			
	12-30 Residentes	72	2.19	1.29			
	30-100 Residentes	158	2.22	1.32	2.973	.019	
	101-200 Residentes	121	2.21	1.38		.004	
	> 200 Residentes	117	2.68	1.23			
	TOTAL	499	2.33	1.32			

7.9.9. Puntuación del “apoyo social” del COOP-WONCA

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.30, Parte 1 y Parte 2) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Idioma*: Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “primera lengua el euskera” y “primera lengua el castellano”.
- *Lugar de residencia*: Las puntuaciones de más bajas a más altas, corresponden a las siguientes categorías de la variable: “otra provincia del estado español”, “Comunidad Autónoma Vasca, pero en una provincia diferente a la que se encuentra la residencia donde vive”, “extranjero”, “misma provincia donde está la Residencia, pero un municipio diferente”, “mismo municipio donde se encuentra la Residencia donde actualmente vive”.
- *Motivo de ingreso*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “otros”, “familia”, “vivienda”, “salud”, “soledad” y “económico”.
- *Actividades de tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable actividades de tiempo libre relacionadas con los medios de comunicación: “alguna vez a la semana”; “alguna vez al mes”, “todos los días” y “no hace”.

TABLA 7.30 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Apoyo social

COOP-WONCA/APOYO SOCIAL

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Idioma	Euskera	149	2.40	1.04			
	Castellano	347	2.65	.99	6.484	.011	
	TOTAL	496	2.58	1.01		.010	

(Continuación)

TABLA 7.30 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Apoyo social

COOP-WONCA/APOYO SOCIAL

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Lugar de residencia	Mismo pueblo	272	2.67	1.00			
	Misma provincia	165	2.59	.98			
	CAV	21	2.14	.96	3.389	.009	
	Otra provincia	28	2.07	1.05		.005	
	Extranjero	4	2.25	1.89			
	TOTAL	490	2.58	1.01			
Motivo de ingreso	Salud	170	2.63	.93			
	Familia	62	2.48	1.04			
	Económico	11	2.82	.87			
	Soledad	152	2.66	.98	2.290	.045	
	Vivienda	20	2.50	1.05		.035	
	Otros	68	2.22	1.10			
	TOTAL	483	2.56	1.00			
TL: Mass Media	No hace	135	2.78	1.06			
	Todos los días	289	2.52	.98			
	Alguna vez a la semana	24	2.42	.93		.133	
	Alguna vez al mes	51	2.43	1.04			
	TOTAL	499	2.58	1.01			
Evolución del TL	No	254	2.50	1.02			1) A mejor < A peor.
	A mejor	95	2.43	.97			2) No < A peor.
	A peor	147	2.80	.98	5.459	.005	
	TOTAL	496	2.58	1.01		.004	
Satisfacción uso del TL	Muy satisfecho	184	2.30	.94			1) Muy satisfecho
	Normal	246	2.68	1.05	14.139	.005	< Normal
	Poco satisfecho	68	2.97	.86		.000	< Poco satisfecho.
	TOTAL	498	2.58	1.01			

- *Evolución en el uso del tiempo libre*: Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "ha variado a mejor", "no ha variado" y "ha variado a peor". Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "ha variado a mejor" y "ha variado a peor", "no ha variado" y "ha variado a peor".
- *Satisfacción con el tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "muy satisfecho", "normal" y "poco satisfecho". Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos: "muy satisfecho" con "normal" y "poco satisfecho".
- *Capacidad del centro*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "12-30 residentes", "menos de 12 residentes", "101-200 residentes", "30 a 100 residentes" y "más de 200 residentes". Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos en las comparaciones *post-hoc*: "12-30 residentes" y "más de 200 residentes".

- *Relaciones no significativas con las siguientes variables:* Acontecimiento vital importante, grupos de edad, estado civil, lugar de nacimiento, nivel de instrucción, profesión, residencia por provincia, titularidad del centro, género, realización de actividad física, realización de actividades culturales, realización de actividades recreativas, realización de actividades sociales, con quién realiza actividades de TL y tiempo de institucionalización.

TABLA 7.30 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Apojo social

COOP-WONCA/APOYO SOCIAL

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Capacidad del Centro	< 12 Residentes	31	2.45	1.06	3.783	.005	1) 12-30 residentes ≠ < 200 residentes.
	12-30 Residentes	72	2.35	.94			
	30-100 Residentes	159	2.53	1.00			
	101-200 Residentes	121	2.52	1.00			
	> 200 Residentes	117	2.87	1.02			
	TOTAL	500	2.58	1.01			
Participación en grupos	Sí	169	2.49	.93	3.474	.032	
	No	106	2.64	1.15			
	Ha participado	225	2.62	1.00			
	TOTAL	500	2.58	1.01			

7.9.10. Puntuación de la “calidad de vida” del COOP-WONCA

Respecto al análisis de varianza de un factor (Tabla 7.31, Parte 1 y Parte 2) estas son las relaciones significativas encontradas:

- *Acontecimiento vital estresante:* Los sujetos que no han tenido un suceso vital estresante tienen puntuaciones más bajas (mejores índices) en calidad de vida, que los que han padecido un suceso vital estresante.
- *Motivo de ingreso:* Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: “vivienda”, “soledad”, “otros”, “familia”, “salud” y “económico”.
- *Nivel de instrucción:* A mayor nivel de instrucción, niveles mayores (valores absolutos más pequeños) de calidad de vida. Se han encontrado subconjuntos heterogéneos en las comparaciones *post-hoc* entre las categorías: “analfabetos” y “primarios”.
- *Actividades de tiempo libre:* Las puntuaciones de más bajas a más altas corresponden a las categorías de las siguientes variables: en las actividades culturales y recreativas “todos los días”, “alguna vez al mes”, “alguna vez a la semana” y “no hace”; en las actividades relacionadas con los medios de comunicación y en las actividades sociales “todos los días”, “alguna vez a la semana”, “alguna vez al mes” y “no hace”. Tanto en las actividades culturales como recreativas relacionadas con los medios de comunicación como en las actividades sociales se han encontrado subconjuntos hete-

rogéneos en las comparaciones *post-hoc* en las siguientes categorías de todas las variables: "no hace" y "todos los días".

- *Evolución en el uso del tiempo libre*: Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "ha variado a mejor", "no ha variado" y "ha variado a peor". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos en las comparaciones múltiples de Scheffé entre las siguientes categorías de la variable: "ha variado a mejor" y "ha variado a peor"; "no ha variado" y "ha variado a peor".
- *Satisfacción con el tiempo libre*: A mayor nivel de satisfacción mejores índices de calidad de vida. Se han encontrado los siguientes subconjuntos heterogéneos en las comparaciones *a posteriori*: "muy satisfecho" con "normal" y "poco satisfecho"; "normal" y "poco satisfecho".

TABLA 7.31 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Calidad de vida

COOP-WONCA/CALIDAD DE VIDA

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Acontecimiento vital importante	SÍ	58	2.81	.85	20.121	.001	
	NO	367	2.34	.72			
	TOTAL	425	2.41	.75			
Motivo de ingreso	Salud	170	2.59	.80	4.141	.004	1) Vivienda < Económico. 2) Soledad < Económico. 3) Otros < Económico.
	Familia	62	2.53	.88			
	Económico	11	3.09	.54			
	Soledad	152	2.32	.73			
	Vivienda	20	2.30	.57			
	Otros	68	2.34	.73			
	TOTAL	483	2.46	.78			
Nivel de instrucción	Analfabetos	32	2.78	.87	4.544	.005	
	Leer-escribir	243	2.55	.82			
	Primarios	200	2.35	.71			
	Universitarios	18	2.33	.59			
	TOTAL	493	2.47	.78			
TL: Actividad cultural	No hace	339	2.56	.77	4.353	.002	
	Todos los días	103	2.27	.81			
	Alguna vez a la semana	27	2.37	.69			
	Alguna vez al mes	30	2.30	.75			
	TOTAL	499	2.47	.78			
TL: Actividad recreativa	No hace	290	2.57	.80	4.990	.014	
	Todos los días	120	2.26	.70			
	Alguna vez a la semana	56	2.54	.74			
	Alguna vez al mes	33	2.33	.74			
	TOTAL	499	2.47	.78			

(Continuación)

TABLA 7.31 (PARTE 1)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Calidad de vida

COOP-WONCA/CALIDAD DE VIDA

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
TL: Mass Media	No hace	135	2.64	.89			
	Todos los días	289	2.38	.74			
	Alguna vez a la semana	24	2.46	.72	3.579	.010	
	Alguna vez al mes	51	2.53	.64		.039	
	TOTAL	499	2.47	.78			
TL: Actividades sociales	No hace	316	2.56	.76			
	Todos los días	144	2.31	.80			
	Alguna vez a la semana	24	2.33	.76	3.856	.000	
	Alguna vez al mes	15	2.47	.64		.012	
	TOTAL	499	2.47	.78			
Evolución del TL	No	254	2.36	.71			1) A mejor < A peor.
	A mejor	95	2.23	.69			2) No < A peor.
	A peor	147	2.82	.82	24.495	.000	
	TOTAL	496	2.47	.78		.000	

- *Capacidad del centro:* Las puntuaciones en orden de bajas a altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "101-200 residentes", "12-30 residentes", "30-100 residentes", "más de 200 residentes" y "menos de 12 residentes". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos en las comparaciones *a posteriori* entre las siguientes categorías de la variable: "101-200 residentes" y "más de 200 residentes".
- *Participación en grupos:* Las puntuaciones en orden de más bajas a más altas corresponden a las siguientes categorías de la variable: "sí participa en grupos", "ha participado en grupos" y "no participa nunca en grupos". Se han encontrado subconjuntos heterogéneos entre las categorías: "sí participa" y "no ha participado".
- *Relaciones no significativas con las siguientes variables:* Grupos de edad, estado civil, idioma, lugar de nacimiento, lugar de residencia, profesión, Residencia por provincia, titularidad, género, realización de actividad física, con quién realiza actividades de TL y tiempo de institucionalización.

TABLA 7.31 (PARTE 2)

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA/Calidad de vida

COOP-WONCA/CALIDAD DE VIDA

Variable	Categoría de la variable	N	X	D.T.	F	F. prob. H Kruskal Wallis	Diferencias entre grupos
Satisfacción uso del TL	Muy satisfecho	184	2.10	.62	73.801	.000	1) Muy satisfecho <Normal <Poco satisfecho.
	Normal	246	2.53	.67			
	Poco satisfecho	68	3.26	.89			
	TOTAL	498	2.47	.78			
Capacidad del Centro	< 12 Residentes	31	2.65	.84	2.941	.020	
	12-30 Residentes	72	2.44	.53			
	30-100 Residentes	159	2.47	.83			
	101-200 Residentes	121	2.31	.80			
	> 200 Residentes	117	2.62	.76			
	TOTAL	500	2.47	.78			
Participación en grupos	Sí	169	2.34	.76	4.002	.019	1) Si participa < no ha participado.
	No	106	2.56	.76			
	Ha participado	225	2.54	.80			
	TOTAL	500	2.47	.78			

7.10. CONCLUSIONES

En el presente apartado se va a efectuar un resumen conclusivo de los análisis de varianza de un factor realizados, agrupando las variables de la misma manera con la que se procedió a realizar la revisión de la bibliografía.

7.10.1. Funcionamiento afectivo

Respecto al funcionamiento afectivo se observan las siguientes relaciones significativas (Tabla 7.32):

- Las mujeres obtienen peores puntuaciones en funcionamiento afectivo que los hombres.
- Respecto al estado civil de mejor a peor funcionamiento afectivo tenemos: el grupo de "separados/divorciados", el de "casados", "solteros" y, finalmente, el de "viudos". A lo largo casi todos los análisis de varianza de un factor existe este patrón en cuanto al género, con la mayoría de las variables objeto de estudio.
- Las personas que peor puntuaciones obtienen en el funcionamiento afectivo, son aquellas que no realizan actividades de tiempo libre. Se observan muy leves diferencias dentro de los que realizan actividades de tiempo libre en función de la frecuencia de realización de las mismas.
- Las personas que declaran que su tiempo libre no ha variado o ha cambiado a mejor tienen un mejor funcionamiento afectivo.

- La presencia de un acontecimiento vital disminuye las puntuaciones obtenidas en el funcionamiento afectivo.
- No existen diferencias significativas con variables tipo: lugar de nacimiento, lugar de residencia, profesión, motivo de ingreso, nivel de instrucción, así como con variables relacionadas con el centro donde viven y la edad.

TABLA 7.32

Análisis univariante de la varianza. Variables dependientes: GDS, EADG y Lawton

F de A. Varianza	GDS	EADG	Lawton
Género	.000	.000	.001
Estado civil	.000	.019	.000
Lugar de nacimiento			
Lugar de residencia			
Profesión		.007	
Motivo de ingreso			
Nivel instrucción			
Participación en grupos			
Idioma		.042	
TL-Realización de act. física	.004	.039	.004
TL-Realización de act. cultural	.000		
TL-Realización de act. recreativa	.002		.020
TL-Realización de actividades relacionadas con Mass Media	.008	.005	
TL-Realización de act. sociales			
Evolución del uso del TL	.000	.000	.000
Con quién realiza las actividades de TL	.002		
Satisfacción con el uso del TL	.000	.000	.000
Residencia por provincia			
Tipo de Residencia			
Titularidad			
Tiempo de institucionalización			
Acontecimiento vital importante	.002	.001	.005
Grupos de edad			

7.10.2. Salud percibida

En el caso de la salud percibida, las siguientes son un resumen de los hallazgos encontrados (Tabla 7.33):

- Los hombres tienen mejor salud percibida que las mujeres.
- Respecto al estado civil de mejor a peor salud percibida tenemos: los casados, los separados, los solteros, y finalmente los que peores puntuaciones obtienen son los viudos.

- Respecto a la realización de actividades de tiempo libre existen diferencias importantes entre los que realizan y no realizan las actividades mencionadas. Dentro de la frecuencia de realización según el tipo de actividad, las puntuaciones obtenidas en salud percibida según la frecuencia de realización de dicha actividad de tiempo libre varía levemente.
- Los sujetos que entienden que su tiempo libre no ha variado o ha variado a mejor obtienen mejores puntuaciones en salud percibida que aquellos que perciben que su tiempo libre ha evolucionado a peor.
- Los sujetos que están más satisfechos con su tiempo libre obtienen mejores puntuaciones en salud percibida.
- Respecto a las variables del cuestionario administrado que tienen que ver con las características del centro donde viven, decir que en principio cuanto más pequeño es un centro, mejor salud percibida tienen las personas de la muestra que en él viven. Así, los sujetos incluidos en Residencias privadas, obtienen mejores puntuaciones que los que viven en Residencias públicas.
- Las personas que han tenido un evento vital estresante últimamente obtienen peores puntuaciones en salud percibida.

TABLA 7.33

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: CGS

F de A. Varianza	CGS Tot	CGS Ang	CGS Dep	CGS Dis	CGS Som
Género	.001	.001		.041	.003
Estado civil	.005		.000		
Lugar de nacimiento					
Lugar de residencia					
Profesión		.017			
Motivo de ingreso					
Nivel instrucción	.017		.029		
Participación en grupos					
Idioma					
TL-Realización de act. física	.000	.005	.003	.000	.025
TL-Realización de act. cultural	.001	.027	.010		
TL-Realización de act. recreativa	.001	.032		.000	.039
TL-Realización act. relacionadas con Mass Media	.001	.004	.009	.013	
TL-Realización de act. sociales		.021			
Evolución del uso del TL		.000	.000	.000	.001
Con quién realiza las actividades de TL				.004	
Satisfacción con el uso del TL		.000	.000	.000	.000
Residencia por provincia	.000	.000	.017	.004	.041
Tipo de Residencia		.022	.014	.004	
Titularidad	.008	.001			.044
Tiempo de institucionalización				.019	
Acontecimiento vital importante	.002			.000	.042
Grupos de edad					

7.10.3. Funcionamiento cognitivo

Respecto al funcionamiento cognitivo estos son los resultados obtenidos (Tabla 7.34):

- Los hombres obtienen mejores puntuaciones que las mujeres en cuanto al funcionamiento cognitivo.
- Respecto al estado civil: los separados/divorciados son los que mejores puntuaciones obtienen, seguidos por los sujetos de la muestra que son casados, solteros y los que peores puntuaciones obtienen son los sujetos que son viudos.
- Destacar la influencia del nivel de instrucción en el rendimiento cognitivo: a mayor nivel de instrucción mejor rendimiento cognitivo.
- Los sujetos vasco parlantes (todos ellos hablan también castellano) obtienen mejores puntuaciones en el rendimiento cognitivo que los que son castellanoparlantes y que sólo hablan una sola lengua en el 99% de los casos.
- Respecto a la realización de actividades de tiempo libre existe un patrón claro de funcionamiento: las puntuaciones en rendimiento cognitivo son muy diferentes entre aquellos que realizan actividades de tiempo libre del tipo que sea y los que no las realizan. Dentro del grupo de los que realizan actividades de tiempo libre, las puntuaciones en rendimiento cognitivo en función de la frecuencia se la realización de la citada actividad no varía en exceso.
- Al igual que ocurre con el funcionamiento afectivo, los sujetos con una mejor percepción sobre la evolución del tiempo libre y una mayor satisfacción obtienen mejores puntuaciones en el rendimiento cognitivo.
- Respecto a las variables que tienen que ver con los centros residenciales donde los sujetos viven: el rendimiento cognitivo de los sujetos analizados es mejor en las Residencias de Guipúzcoa, seguidos por los de Álava y, finalmente, por los vizcaínos, que son los que peor funcionamiento cognitivo tienen.
- Sobre la capacidad del centro y el rendimiento cognitivo de los sujetos no existe un patrón claro de funcionamiento.
- En cuanto al funcionamiento cognitivo y la edad de los sujetos, decir que tampoco existe un patrón claro de funcionamiento, en el que en grupos de edad más viejos, las puntuaciones obtenidas en el funcionamiento cognitivo sean peores. Precisamente, creemos, por el tipo de muestra objeto de estudio.

TABLA 7.34

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC

F de A. Varianza	MEC Tot	MEC Ori	MEC Fij	MEC Con	MEC Mem	MEC Len	SPMSQ
Género	.000	.003		.000			.000
Estado civil	.005						.046

(Continuación)

TABLA 7.34

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: MEC

F de A. Varianza	MEC Tot	MEC Ori	MEC Fij	MEC Con	MEC Mem	MEC Len	SPMSQ
Lugar de nacimiento	.002	.019		.026	.030	.027	
Lugar de residencia		.000					.002
Profesión							
Motivo de ingreso	.019					.007	
Nivel instrucción	.000	.001		.000	.001	.000	.001
Participación en grupos	.043						
Idioma	.005			.013	.001	.035	
TL-Realización de act. física	.000			.000	.033	.000	.001
TL-Realización de act. cultural		.002		.007		.000	.001
TL-Realización de act. recreativa	.003	.026				.000	.001
TL-Realización act. relacionadas M. Media	.020			.029		.020	.001
TL-Realización de act. sociales			.046		.007	.013	
Evolución del uso del TL	.001	.047		.033	.028	.023	
Con quién realiza las actividades de TL	.002				.026		.003
Satisfacción con el uso del TL	.000	.000	.027		.026	.019	
Residencia por provincia	.001			.006	.014	.005	.005
Tipo de Residencia	.001	.002		.011	.005		
Titularidad		.009					
Tiempo de institucionalización		.014					
Acontecimiento vital importante							
Grupos de edad	.007	.000			.001		.000

7.10.4. Calidad de vida relacionada con la salud

En lo que respecta a la calidad de vida relacionada con la salud se han obtenido los siguientes resultados (Tabla 7.35):

- Los hombres tienen mejor calidad de vida relacionada con la salud que las mujeres.
- Respecto al estado civil, y como ha ocurrido a la hora de analizar las variables anteriores, se puede decir que los separados y divorciados, juntamente con los casados y solteros (que obtienen casi las mismas puntuaciones), y finalmente las personas viudas, que son las que obtienen puntuaciones más bajas en calidad de vida relacionada con la salud.
- Respecto al motivo de ingreso, las peores puntuaciones en calidad de vida relacionada con la salud la obtienen los sujetos que ingresaron por motivos económicos, seguidos por los sujetos que ingresaron por motivos de salud. Los sujetos que ingresaron por problemas de vivienda son aquellos que obtienen mejores puntuaciones en calidad de vida relacionada con la salud, seguidos por los que ingresaron por problemas de soledad.
- A mejor nivel de instrucción, mejor calidad de vida relacionada con la salud.

- Respecto a la utilización del tiempo libre en las diferentes actividades, y al igual que en el resto de variables analizadas, se observa que las mayores diferencias se obtienen entre los individuos que realizan las actividades y los que no las realizan. Las diferencias son mucho menores en los relativo a las diferentes frecuencias con las que se realizan las diversas actividades.
- Las personas que perciben que su tiempo libre ha evolucionado de manera positiva o no perciben diferencias en su uso, obtienen mucho mejores puntuaciones respecto a la calidad de vida relacionada con la salud que los sujetos que perciben que su tiempo libre ha evolucionado a peor. Lo mismo ocurre en lo relativo a la satisfacción con el tiempo libre entre los que no están satisfechos, que obtienen puntuaciones muy bajas en calidad de vida relacionada con la salud, y el resto de categorías, que obtienen mejores puntuaciones.
- En lo relativo a las variables relacionadas con los centros donde residen los sujetos de la muestra: las mejores puntuaciones en calidad de vida relacionada con la salud las obtienen los sujetos que viven en Residencias de tamaño mediano. Los que viven en Residencias pequeñas o muy grandes obtienen peores puntuaciones en calidad de vida relacionada con la salud.
- La presencia de un acontecimiento vital estresante, hace que los sujetos que lo han padecido tengan peores puntuaciones en calidad de vida relacionada con la salud que los de la muestra que no lo han padecido.

TABLA 7.35

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA

F de A. Varianza	CW Tot	CW FF	CW Sen	CW Dif	CW Lim	CW Cam	CW ES	CW DoI	CW AS	CW CV
Género	.001	.010	.000	.008			.006	.027		
Estado civil	.041						.009			
Lugar de nacimiento								.013		
Lugar de residencia									.009	
Profesión				.000		.046				
Motivo de ingreso	.000	.000		.000	.010				.045	.004
Nivel instrucción	.000	.000		.001	.016		.001	.031		.005
Participación en grupos									.032	.019
Idioma	.031			.004					.011	
TL-Realización de act. física	.000	.000		.000	.007	.001				
TL-Realización de act. cultural	.003	.000		.030		.020				.002
TL-Realización de act. recreativa	.015	.000								.014
TL-Realización act. Mass Media	.000	.022		.049	.004	.005			.047	.010
TL-Realización de act. sociales										.000
Evolución del uso del TL	.000	.003		.000	.000	.003	.000	.000	.005	.000
Con quién realiza las actividades de TL	.048		.046		.046					
Satisfacción con el uso del TL	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.005	.000
Residencia por provincia	.015				.004					
Tipo de Residencia	.001				.002			.019	.005	.020

(Continuación)

TABLA 7.35

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: COOP-WONCA

F de A. Varianza	CW Tot	CW FF	CW Sen	CW Dif	CW Lim	CW Cam	CW ES	CW DoI	CW AS	CW CV
Titularidad	.036			.000						
Tiempo de institucionalización										
Acontecimiento vital importante	.000		.008	.000	.000		.031	.029		.001
Grupos de edad										

7.10.5. Capacidad de ejecución de actividades de vida diaria

Resumidamente los hallazgos encontrados son (Tabla 7.36):

- Los hombres obtienen mejores puntuaciones que las mujeres en la ejecución de actividades básicas de vida diaria.
- Respecto al estado civil de mejor a peor capacidad en la ejecución de actividades de vida diaria son: separados-divorciados, casados, solteros y viudos.
- Los resultados obtenidos en variables que tienen que ver con el centro donde las personas residen, con la provincia o que si el centro sea público o privado, capacidad del mismo, etc., respecto al nivel de apoyo social están claramente matizados por las políticas sociales de cada uno de los tres territorios históricos, que son claramente diferentes.
- Existe una diferencia importante respecto al motivo de ingreso. Los sujetos que ingresaron en los diversos centros por problemas de salud tienen claramente peor capacidad funcional.

TABLA 7.36

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: Barthel

F de A. Varianza	Barthel
Género	.017
Estado civil	.022
Lugar de nacimiento	.044
Lugar de residencia	.000
Profesión	
Motivo de ingreso	.000
Nivel instrucción	
Participación en grupos	
Idioma	
TL-Realización de act. física	.000
TL-Realización de act. cultural	.000
TL-Realización de act. recreativa	.000
TL-Realización de actividades relacionadas con Mass Media	

(Continuación)

TABLA 7.36

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: Barthel

	F de A. Varianza	Barthel
TL-Realización de act. sociales		
Evolución del uso del TL		
Con quién realiza las actividades de TL		.002
Satisfacción con el uso del TL		.000
Residencia por provincia		.007
Tipo de Residencia		.000
Titularidad		.006
Tiempo de institucionalización		.045
Acontecimiento vital importante		
Grupos de edad		

7.10.6. Funcionamiento social

Los resultados relativos al funcionamiento social encontrados son los siguientes (Tabla 7.37):

- No existen diferencias significativas ni respecto al género ni al estado civil. Lo cual es de destacar porque tanto en el funcionamiento cognitivo, afectivo, salud percibida, calidad de vida y ejecución de actividades de vida diaria se habían encontrado diferencias en cuanto a género y estado civil.
- Respecto al motivo de ingreso, las personas que ingresaron por problemas de salud o familia son las que menos apoyo social tienen. Los que obtienen mejores puntuaciones en apoyo social son aquellos que ingresaron por problemas de vivienda y otros problemas. No obstante es de destacar el bajo nivel de apoyo social que obtienen los sujetos de la muestra.
- Más apoyo social en los vascoparlantes que en los castellanoparlantes. Aunque en ambos casos el nivel es muy bajo.
- Existen diferencias, aunque leves, en los resultados en funcionamiento social respecto a las actividades de tiempo libre que se realizan y a la frecuencia de realización.
- Si el tiempo libre se pasa en pareja, familiares o amigos el nivel de apoyos sociales es mayor, pero los que realizan las actividades de tiempo libre solos obtienen puntuaciones muy bajas.
- A mayor satisfacción con el uso del tiempo libre mayor apoyo social.
- Si el tiempo libre no ha variado o ha variado a positivo el apoyo social es mayor, especialmente en el primero de los casos.

TABLA 7.37

Análisis univariante de la varianza. Variable dependiente: OARS

	F de A. Varianza	OARS
Género		
Estado civil		
Lugar de nacimiento		.004
Lugar de residencia		
Profesión		
Motivo de ingreso		.001
Nivel instrucción		
Participación en grupos		
Idioma		.000
TL-Realización de act. física		
TL-Realización de act. cultural		.021
TL-Realización de act. recreativa		.008
TL-Realización de actividades relacionadas con Mass Media		
TL-Realización de act. sociales		
Evolución del uso del TL		.001
Con quién realiza las actividades de TL		.000
Satisfacción con el uso del TL		.000
Residencia por provincia		.021
Tipo de Residencia		
Titularidad		.014
Tiempo de institucionalización		
Acontecimiento vital importante		
Grupos de edad		

ANÁLISIS DE INTERRELACIONES ENTRE DIFERENTES ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO

Capítulo 8

8.1. MEDICIÓN DE LAS RELACIONES ENTRE LAS ÁREAS ANALIZADAS

Se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson (r_{xy}) para describir la relación entre dos variables cuantitativas y, como se puede ver en la siguiente Tabla, se adjunta el coeficiente de correlación propiamente dicho y el nivel de significación o probabilidad de que el coeficiente de correlación correspondiente se haya debido al azar.

TABLA 8.1
Coefficiente de correlación de Pearson

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN/NIVEL DE SIGNIFICACIÓN										
	Barthel	CGS	Edad	GDS	EADG	Lawton	MEC	OARS	CW	SPMQ
Barthel		-,1809 ,000	-,0946 ,035	-,2140 ,000	-,1941 ,000	,1841 ,000	,2676 ,000	,0197 ,663	-,2638 ,000	-,3327 ,000
CGS			,0646 ,150	,6671 ,000	,5898 ,000	-,6212 ,000	-,1647 ,000	-,1592 ,000	,5401 ,000	,1541 ,001
Edad				,0863 ,054	,0102 ,820	-,0687 ,127	-,1548 ,001	-,0257 ,568	,0917 ,041	,1307 ,003
GDS					,6883 ,000	-,7719 ,000	-,2537 ,000	-,2090 ,000	,6397 ,000	,1711 ,000
EADG						-,6284 ,000	-,1541 ,001	-,1782 ,000	,5844 ,000	,0936 ,036
Lawton							,2391 ,000	,2626 ,000	-,6300 ,000	-,1794 ,000
MEC								,1252 ,005	-,3025 ,000	-,6311 ,000
OARS									-,2328 ,000	-,0870 ,052
CW										,1360 ,002

Según se puede apreciar en la Tabla 8.1 y agrupando las variables, se observa que las variables de carácter psicoafectivo –como son nivel de depresión (GDS), nivel de ansiedad (EADG) y nivel de satisfacción vital (Lawton)- tienen coeficientes de correlación de Pearson (r_{xy}) mayores que .63 y con un nivel de significación menor que .05 en todos los casos, siendo *a priori*, los coeficientes de correlación más altos encontrados, interrelacionando estas variables de carácter psicoafectivo de la investigación. El sentido de la relación es claro, existe covariación negativa entre los niveles de depresión y ansiedad y la satisfacción vital; a menores índices de depresión y ansiedad, mayor satisfacción vital. A menores índices de ansiedad y depresión y a mayor índice de satisfacción vital, mayores índices positivos de salud se alcanzan. El porcentaje de varianza compartida (r^2) entre las variables GDS y EADG es del 47,3%; entre las variables GDS y Lawton el porcentaje de varianza compartida es del 59,58% y entre las variables EADG y Lawton el porcentaje de varianza compartida es del 39,48%.

Las variables que miden el nivel de salud percibida y la calidad de vida respecto de la salud (CGS y CW) alcanzan niveles, *a priori* más altos de interrelación con las variables de carácter psicoafectivo antes nombradas, así como en la interrelación entre las mismas. El sentido de la relación expresa una covariación positiva ya que a mayores índices de salud y calidad de vida, mayor nivel de satisfacción vital; y covariación negativa entre los niveles de salud y calidad de vida y los niveles de depresión, es decir, a mayores niveles de salud y calidad de vida, menores niveles de depresión y ansiedad. El porcentaje de varianza compartida es del 29,17%.

Las variables que miden rendimiento cognitivo (MEC y SPMSQ) alcanzan el mayor valor de correlación entre las mismas y en la interrelación con la variable que mide la ejecución de actividades básicas de vida diaria (Barthel). Las relaciones entre las variables que miden rendimiento cognitivo y las de carácter psicoafectivo y las variables que expresan el nivel de salud, adquieren valores más cercanos al cero. En general, a mayores niveles de independencia en ejecución de ABVD, mejor rendimiento cognitivo, niveles más bajos de depresión y ansiedad, mayores niveles de satisfacción vital y salud. El porcentaje de varianza compartida entre la variable MEC y la variable Barthel es del 7,1%; entre la variable Barthel y la variable SPMSQ el porcentaje de varianza compartida es del 11,06%; los porcentajes de varianza compartida entre las variables que miden el rendimiento cognitivo y las de carácter psicoafectivo rondan entre el 0,8% y el 6,4% (dándose este último porcentaje de varianza compartida entre las variables MEC y GDS).

Las interrelaciones entre las variables (CW y CGS) y las de rendimiento cognitivo muestran los siguientes porcentajes de varianza compartida (Tabla 8.2):

TABLA 8.2

Varianza explicada entre las variables SPMSQ, MEC, COOP-WONCA y CGS

	CW	CGS
SPMSQ	1,84%	2,37%
MEC	9,15%	2,71%

La variable que expresa la ejecución en ABVD (Barthel) muestra *a priori* niveles de relación más bajos con la variable edad y las de carácter psicoafectivo y niveles más altos con las variables que miden rendimiento cognitivo y salud, como antes se ha señalado. El porcentaje de varianza compartida entre la variable Barthel y la variable GDS es del 4,5%, entre la variable Barthel y la variable EADG es del 3,7%, y entre la variable Barthel y la variable Lawton es del 3,3%.

Destacar que la interrelación entre la variable edad y las variables de carácter psicoafectivo no son significativas.

Respecto al apoyo social (OARS) las correlaciones obtenidas indican que a mayor apoyo social mejor funcionamiento físico, cognitivo y psicoafectivo, así como a mayor apoyo social una mejor percepción de salud y una mejor calidad de vida.

En general se observa un nivel alto de interrelación entre las variables de carácter psicoafectivo entre ellas mismas, así como con las variables que miden salud. Las variables que miden rendimiento cognitivo tienen mayores índices de r_{xy} con la variable que mide ejecución de ABVD. Igualmente la variable edad no tiene relación lineal significativa con las variables de carácter psicoafectivo y de salud (excepto en salud percibida) y sí tiene relación con las variables que miden rendimiento cognitivo.

8.2. MEDIDAS DE ASOCIACIÓN ENTRE LAS ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO MEDIDAS A TRAVÉS DE VARIABLES CATEGÓRICAS

En este punto del presente trabajo se van a estudiar las posibles interrelaciones entre variables cualitativas. Se ha escogido el coeficiente de contingencia como estadístico básico para el análisis, así como la significación aproximada de éste. Los resultados son (Tabla 8.3):

TABLA 8.3
Coefficientes de contingencia

VALOR DEL COEFICIENTE DE CONTINGENCIA-SIGNIFICACIÓN APROXIMADA										
	Grupos de edad	Est. civil	Lengua	L. nacimiento	L. residencia	Nivel cultural	OARS	Motivo ingreso	Profesión	Sexo
Grupos de edad	,4206 ,0000	,1200 ,4064	,2409 ,3337	,2310 ,4907	,2585 ,0271	,2789 ,4781	,2717 ,3199	,3324 ,0424	,3041 ,0000	
Estado civil		,1135 ,0905	,1973 ,0628	,1561 ,4266	,1342 ,4327	,2295 ,0669	,30126 ,0000	,3235 ,0000	,3146 ,0000	
Lengua			,3394 ,0000	,1674 ,0072	,0570 ,6592	,2140 ,0005	,1134 ,2819	,1370 ,1693	,0146 ,7446	
L. nacimiento				,5455 ,0000	,2513 ,0008	,2428 ,1496	,2326 ,1183	,2937 ,0059	,1140 ,1600	
L. residencia					,3391 ,0000	,2025 ,6456	,3210 ,0000	,2566 ,10413	,0691 ,6706	
Nivel cultural						,1712 ,6728	,2390 ,0161	,3371 ,0000	,1016 ,1614	
OARS							,2793 ,0919	,3265 ,0153	,1247 ,2479	
Motivo ingreso								,2803 ,1183	,0948 ,4954	
Profesión									,4640 ,0000	

Existe relación significativa con los coeficientes de contingencia expresados en la Tabla anterior entre las variables siguientes:

- Los diversos grupos de edad con estado civil, nivel cultural, profesión y sexo.
- Estado civil con motivo de ingreso, profesión y sexo.
- Primer idioma con lugar de nacimiento, lugar de residencia, la puntuación de la prueba que mide las redes sociales (OARS). Las frecuencias observadas y esperadas respecto a las variables idioma y recursos sociales (OARS) son las siguientes (Tabla 8.4):

TABLA 8.4

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables OARS e idioma

F. observ. F. esperad.	Excelentes recursos	Buenos recursos	Recursos ligeramente deteriorad.	Recursos moderadm. deteriorad.	Recursos bastante deteriorad.	Recursos totalmente deteriorad.
Vasco	26 14,1	38 30,9	35 45,9	23 25,8	19 19,8	7 11,4
Castellano	21 32,9	65 72,1	118 107,1	63 60,2	47 46,2	31 26,6

Las frecuencias observadas son siempre mayores que las frecuencias esperadas, para los sujetos cuya primera lengua es el vasco y tienen "excelentes recursos sociales" y "buenos recursos sociales". Mientras que las frecuencias observadas son mayores que las frecuencias esperadas, para los sujetos cuya primera lengua es el castellano y tienen recursos sociales entre "ligeramente deteriorados" y "totalmente deteriorados".

- Lugar de nacimiento con: lugar de residencia, nivel cultural y profesión.
- Lugar de residencia con: nivel cultural y motivo de ingreso.
- Nivel cultural con: motivo de ingreso y la profesión.
- Puntuación del OARS con: profesión.
- Profesión del sujeto y sexo.

Asimismo, relacionando algunas variables evaluadas en este trabajo que pueden ser objeto de categorización, se han encontrado las siguientes relaciones significativas (Tabla 8.5):

TABLA 8.5

Coefficientes de contingencia y significación aproximada-1

Variable 1	Variable 2	Coefic. contingencia	Signf. aproximada
Barthel Categorías	Lugar residencia	,20458	,04476
	Motivo ingreso	,24214	,01162
GDS Categorías	Estado civil	,20380	,00099
	OARS	,21994	,04650
	Sexo	,17283	,00151

(Continuación)

TABLA 8.5

Coefficientes de contingencia y significación aproximada-1

Variable 1	Variable 2	Coefic. contingencia	Signf. aproximada
EADG Categorías	Nivel cultural	,15950	,04515
	OARS	,22219	,00400
	Sexo	,15780	,00169
MEC Categorías	Nivel cultural	,39315	,00000
	Sexo	,18207	,00067
SPMSQ Categorías	Edad	,22001	,03142
	Idioma	,17646	,00035
	Nivel cultural	,16244	,03763
	Sexo	,15945	,00147

Es interesante destacar la interrelación entre las diferentes categorías de la variable que mide el nivel de depresión y las distintas categorías de la variable que mide el nivel de ansiedad y su relación con el sexo y el nivel de redes sociales (OARS) que tiene el individuo, además que en el caso del nivel de ansiedad los porcentajes correspondientes a las diferentes categorías de la variable no se mantienen constantes, esto es, se distribuyen aleatoriamente en las diferentes casillas de la tabla de contingencia, con respecto al nivel cultural, y en el caso del nivel de depresión, con respecto al estado civil. Las diferencias entre las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas en algunas de las variables analizadas son las siguientes (Tablas 8.6, 8.7, 8.8, 8.9, 8.10 y 8.11):

TABLA 8.6

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables OARS y depresión

F. observ. F. esperad.	Excelentes recursos	Buenos recursos	Recursos ligeramente deteriorad.	Recursos moderadm. deteriorad.	Recursos bastante deteriorad.	Recursos totalmente deteriorad.
No depresión	40 30,5	72 66,1	93 97,9	55 54,7	37 42,0	19 24,8
Depresión leve	5 10,3	25 22,4	33 33,2	15 18,5	18 14,2	11 8,4
Depresión importante	3 5,8	6 12,6	24 18,6	12 10,4	9 8,0	6 4,7
Depresión severa	0 1,4	1 2,9	4 4,3	4 2,4	2 1,9	3 1,1

TABLA 8.7

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables depresión y sexo

F. observadas F. esperadas	No depresión	Depresión leve	Depresión importante	Depresión severa
Hombre	125 105,6	22 35,9	16 19,9	3 4,6
Mujer	193 212,4	86 72,1	44 40,1	11 9,4

TABLA 8.8

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables OARS y ansiedad

F. observ. F. esperad.	Excelentes recursos	Buenos recursos	Recursos ligeramente deteriorad.	Recursos moderadm. deteriorad.	Recursos bastante deteriorad.	Recursos Totalmente deteriorad.
Ansiedad patológica	0 1,6	1 3,6	2 5,3	9 2,9	3 2,3	2 1,3
Borderline	1 4,6	9 10,0	16 14,9	7 8,3	9 6,4	6 3,8
Normal	47 41,7	94 90,4	136 133,9	70 74,8	54 57,4	31 33,9

TABLA 8.9

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables ansiedad y sexo

F. observadas F. esperadas	Ansiedad patológica	Borderline	Normal	TOTAL
Hombre	3 5,6	6 15,9	157 144,4	166 33,2%
Mujer	14 11,4	42 32,1	278 290,6	334 66,8%
TOTAL	17 3,4%	48 9,6%	435 87,0%	500 100,0%

TABLA 8.10

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables deterioro cognitivo y sexo

F. observadas F. esperadas	Det. cognitivo muy grave	Det. cognitivo grave	Det. cognitivo leve	Intacto
Hombre	1 1,0	6 11,0	24 38,9	135 115,1
Mujer	2 2,0	27 22,0	93 78,1	211 230,9

TABLA 8.11

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables deterioro cognitivo y nivel cultural

F. observadas F. esperadas	Det. cognitivo muy grave	Det. cognitivo grave	Det. cognitivo leve	Intacto	TOTAL
Analfabeto	2 0,2	7 2,1	16 7,5	7 22,2	32 6,5%
Leer-escribir	1 1,5	18 15,8	77 56,8	147 168,9	243 49,4%
Estudios primarios	0 1,2	7 12,9	21 46,5	171 138,3	199 40,4%
Universitario	0 1,2	0 1,2	1 4,2	17 12,5	18 3,7%
TOTAL	3 0,6%	32 6,5%	115 23,4%	342 69,5%	492 100,0%

Las variables que miden el rendimiento cognitivo categorizadas (MEC y SPMSQ) están relacionadas con el sexo y el nivel cultural. Además, la variable SPMSQ categorizada está relacionada con el idioma en el que el sujeto se relaciona y el nivel cultural. Por último, los diferentes niveles de independencia en la ejecución de ABVD están relacionados con las distintas categorías de la variable lugar de residencia y motivo de ingreso.

Se quiere destacar, por su importancia posterior, que los niveles de recursos sociales que tiene un sujeto están relacionados con los diferentes niveles de depresión y ansiedad (variables de carácter psicoafectivo), así como con el idioma que utiliza prioritariamente, y con la profesión que ha ejercido. También que la variable "sexo" está relacionada con variables de carácter psicoafectivo y las de rendimiento cognitivo.

Asimismo, respecto al funcionamiento de la variable OARS, se han encontrado relaciones significativas de la misma, con las siguientes variables (Tabla 8.12):

TABLA 8.12

Coefficientes de contingencia y significación aproximada-2

COEFICIENTES DE CONTINGENCIA-III		
VARIABLES	Valor coeficiente de contingencia	Significación aproximada
OARS-Idioma	,21408	,00059
OARS-Profesión	,32655	,01538
OARS-TL/Act. Social	,25995	,00702
OARS-TL/¿con quién pasa?	,28771	,03984
OARS-Modificar TL	,27179	,02430
OARS-Satisfacción TL	,30693	,00004

- Como se puede apreciar en el cuadro anterior la variable OARS (apoyo social) de los sujetos de la muestra está interrelacionada con dos variables de tipo sociodemográfico: idioma y profesión.
- También está relacionada con variables que tienen que ver con la ocupación que el sujeto hace de su tiempo libre, especialmente con si el sujeto realiza actividades sociales, las personas con las que comparte su tiempo libre, la modificación acaecida en el tiempo libre y la satisfacción con el mismo.
- Respecto a las personas con “excelentes recursos sociales” y “buenos recursos sociales”, la diferencia entre las frecuencias observadas es mayor que las frecuencias esperadas para personas cuya primera lengua es el vasco; para las categorías “recursos sociales moderadamente deteriorados”, “recursos sociales bastante deteriorados” y “recursos sociales totalmente deteriorados” las frecuencias observadas son mayores que las frecuencias esperadas para los sujetos cuya primera lengua es el castellano.
- Para las personas que realizan actividades sociales en el tiempo libre todos los días y para las categorías “excelentes recursos sociales” y “buenos recursos sociales” las frecuencias observadas son siempre mayores que las esperadas, mientras que para los mismos sujetos las frecuencias observadas son menores que las esperadas si tienen “recursos sociales ligeramente deteriorados”, “moderadamente deteriorados”, “bastante deteriorados” y “totalmente deteriorados”. Respecto a con quién pasa el tiempo libre el sujeto y las distintas categorías de la variable “recursos sociales” la diferencia entre las frecuencias observadas y esperadas son las siguientes (Tabla 8.13) (el signo positivo o negativo corresponde a que la diferencia entre la frecuencias observadas y esperadas son positivas o negativas, el signo igual expresa que las frecuencias observadas y esperadas son las mismas):

TABLA 8.13

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables OARS y con quién pasa el tiempo libre

	R. S. excelen.	Buenos R.S.	R.S. lig. deterio.	R.S. mod. deterio.	R.S. bast. deterio.	R.S. tot. deterio.
Pareja	6 2,6	4 5,6	9 8,4	4 4,7	3 3,6	1 2,1
Familia	7 2,6	9 5,6	3 8,4	6 4,7	2 3,6	0 2,1
Com. out	5 4,9	12 10,6	19 15,8	8 8,8	4 6,8	3 4,0
Com. in	24 23,3	55 50,0	74 74,8	37 41,8	32 32,1	19 18,9
Solos	6 14,3	23 30,7	49 46,0	30 25,7	25 19,7	15 11,6

Respecto a la modificación del tiempo libre y la satisfacción con el mismo, las diferencias entre las frecuencias observadas y esperadas son las siguientes (Tabla 8.14):

TABLA 8.14

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables OARS y modificación del tiempo libre y satisfacción con el mismo

	R.S. excelen.	Buenos R.S.	R.S. lig. deterio.	R.S. mod. deterio.	R.S. bast. deterio.	R.S. tot. deterio.
No modificado	29 24,1	64 52,9	78 79,0	38 43,6	32 33,9	12 19,5
Modificado a mejor	9 9,0	19 19,6	27 29,4	16 16,2	11 12,6	12 7,2
Modificado a peor	9 13,9	20 30,5	49 45,6	31 25,2	23 19,5	14 11,3
Muy satisfecho	27 17,8	48 38,2	65 57,1	19 31,9	17 24,5	8 14,5
Normal	20 23,5	48 50,5	70 75,4	48 42,1	34 32,3	23 19,1
Poco satisfecho	1 6,6	7 14,1	19 21,1	19 11,8	15 9,0	7 5,3

Se ha encontrado también relación entre las siguientes variables:

- Los diferentes motivos de ingreso y las siguientes ABVD: comer, vestirse, arreglarse, uso del retrete, traslados, deambular y subir escalones; las diferencias entre las frecuencias esperadas y observadas tienen un mismo “comportamiento”: cuando el motivo de ingreso ha sido la salud de la persona mayor, hay menos frecuencias observadas que esperadas en las categorías de las diferentes subvariables que miden la capacidad funcional y cuya categorización muestra que los sujetos son independientes para la realización de esas actividades, en otras palabras, hay en general más sujetos dependientes de los que cabría esperar, si el motivo de ingreso era por problemas de salud; respecto a los restantes motivos de ingreso, el comportamiento es justo el contrario, más sujetos de los esperados entran en la categoría de independientes para la realización de las citadas actividades.
- Entre el motivo de ingreso y forma física (CW-1), dificultad de realización de actividades cotidianas (CW-3), dolor (CW-7) y calidad de vida (CW-9); con una diferencia entre las frecuencia esperadas y observadas similar a las descritas por las diferentes variables que miden la capacidad funcional. Asimismo los porcentajes no se mantienen constantes en las distintas categorías de cada variable entre el motivo de ingreso y las Residencias correspondientes a cada provincia; las diferencias entre las frecuencias esperadas y observadas sugieren que tanto en la provincia de Vizcaya como en Guipúzcoa hay más sujetos que ingresaron por problemas de salud que los esperados, mientras que en Álava sucede al revés. Respecto a los ingresos que se dieron por cuestiones relacionadas con la familia en Álava y Guipúzcoa hay menos sujetos de los esperados. En Guipúzcoa ningún sujeto de la muestra ingresó por problemas económicos. En general la diferencia entre las frecuencias observadas y esperadas es menor en las Residencias analizadas de la provincia de Guipúzcoa, respecto a las de los otros territorios históricos.

- Se han observado relaciones entre las distintas Residencias que integran la muestra y las siguientes variables: lugar de nacimiento, existencia de acontecimiento vital, grupos en cuanto a capacidad funcional, lugar de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, lengua, apoyo social, rendimiento cognitivo (MEC y SPMSQ), con todas las variables del cuestionario de tiempo libre, motivos de ingreso, tipo de actividades de grupo que se realizan en los centros y nivel cultural.
- El tipo de Residencia está relacionado con: la capacidad funcional, el estado civil, lugar de nacimiento, lugar de residencia, rendimiento cognitivo (MEC), nivel cultural, lengua, tipo de actividades grupales que se realizan, la realización por parte de los residentes de actividades de tiempo libre (físicas, culturales, medios de comunicación) y la satisfacción con el tiempo libre.
- La categorización de las Residencias incluidas en la muestra en los tres territorios históricos de la Comunidad Autónoma Vasca está relacionado con: lengua, nivel de depresión, existencia de acontecimiento vital, nivel de capacidad funcional, lugar de residencia, nivel cultural, actividades de tiempo libre (físicas, sociales, culturales, relacionadas con medios de comunicación social), recursos sociales, rendimiento cognitivo (SPMSQ), modificación del tiempo libre, satisfacción con el tiempo libre, actividades de grupo y tipo de residencia.

En cuanto a la capacidad funcional respecto a las diferencias entre las frecuencias esperadas y observadas, las Residencias de Guipúzcoa tienen sujetos con mayor "dependencia total" (categoría de la variable Barthel) que los esperados, mientras que en las residencias de Álava y Vizcaya sucede al revés. En cuanto a "dependencia grave" las Residencias de Álava y Guipúzcoa tienen más sujetos que los esperados. Respecto a dependencias moderadas y leves, las frecuencias observadas son superiores a las esperadas en las Residencias de Vizcaya, mientras que en las Residencias de Álava y Guipúzcoa sucede lo contrario.

En lo referente al nivel de depresión, en la categoría de no depresión las frecuencias esperadas en las Residencias de Vizcaya y Álava son inferiores a las observadas, mientras que en Guipúzcoa ocurre al contrario; en depresión leve las frecuencias observadas son mayores que las esperadas en Guipúzcoa y Álava; en cuanto a depresión importante las Residencias de Vizcaya tienen mayores frecuencias observadas que esperadas, mientras que en Álava y Guipúzcoa ocurre el caso contrario. En cuanto a depresión severa, las frecuencias observadas son mayores que las esperadas en Álava y Guipúzcoa.

Respecto al nivel de recursos sociales, los sujetos que tienen "excelentes recursos", "buenos recursos" y "recursos ligeramente deteriorados" en las Residencias de Álava y Guipúzcoa las frecuencias observadas son siempre superiores a las esperadas en las Residencias de Álava y Guipúzcoa, no así en las Residencias de Vizcaya. Respecto a los recursos "moderadamente deteriorados", "bastante deteriorados" y "totalmente deteriorados" las frecuencias observadas son mayores que las frecuencias esperadas en Vizcaya, mientras que en las Residencias de Álava y Guipúzcoa sucede que las frecuencias observadas son inferiores a las frecuencias esperadas. En lo referente al rendimiento cognitivo en la categoría de "intacto" las frecuencias esperadas en Vizcaya son inferiores a las observadas, en Guipúzcoa sucede lo contrario, mientras que en Álava no hay diferencia entre las frecuencias observadas y esperadas; en el caso de la categoría "deterioro intelectual leve" las frecuencias esperadas y observadas coinciden en Vizcaya, las frecuencias observadas en Álava son mayores que las esperadas y en Guipúzcoa sucede lo contrario que en el territorio histórico de

Álava. Respecto a la categoría de “deterioro intelectual moderado” las frecuencias observadas son mayores que las esperadas en Guipúzcoa, sucediendo el caso contrario en Álava y Vizcaya. En cuanto a la utilización del tiempo libre que realizan los sujetos de la muestra y su periodicidad (actividad física, cultural, recreativa, relacionada con medios de comunicación y actividades sociales) respecto a las Residencias de los tres territorios históricos, las frecuencias observadas y esperadas dan los siguientes resultados (Tabla 8.15):

TABLA 8.15

Frecuencias observadas y esperadas de la variable actividades de tiempo libre según provincia

		No hacen	Diario	Semanal	Mensual
Actividad física	Vizcaya	84	139	31	38
		101,8	132,8	24,6	32,8
	Álava	47	34	3	17
		35,2	45,9	8,5	11,3
	Guipúzcoa	43	54	8	1
		37,0	48,2	8,9	11,9
Actividad cultural	Vizcaya	192	56	19	25
		198,4	60,3	15,8	17,6
	Álava	76	17	3	5
		68,6	20,8	5,5	6,1
	Guipúzcoa	71	30	5	0
		72,0	21,9	5,7	6,4
Actividad mass media	Vizcaya	77	171	16	28
		79,0	169,1	14,0	29,8
	Álava	30	44	4	23
		27,3	58,5	4,9	10,3
	Guipúzcoa	28	74	4	0
		28,7	61,4	5,1	10,8
Actividad social	Vizcaya	167	92	22	11
		184,9	84,3	14,0	8,8
	Álava	76	19	2	4
		64,0	29,1	4,9	3,0
	Guipúzcoa	73	33	0	0
		67,1	30,6	5,1	3,2

El nivel cultural está relacionado con: actividades de vida diaria (lavarse), rendimiento cognitivo (MEC Grupos) y las siguientes subvariables medidas a través del COOP-WONCA Charts (forma física, dificultad en la realización de actividades cotidianas, limitación en actividades social y calidad de vida).

En lo que se refiere a las frecuencias observadas y esperadas respecto a la ABVD “lavarse”, en los sujetos de la muestra cuyo nivel cultural está categorizado en “leer y escribir” o “universitarios” se dan más frecuencias observadas que esperadas en la categoría de independientes, mientras que para las restantes categorías de la variable nivel cultural se da el caso contrario.

En el caso del rendimiento cognitivo y para las categorías de “deterioro intelectual muy grave”, “deterioro intelectual grave” y “deterioro intelectual leve”, respecto a las categorías de nivel cultural “estudios primarios” y “universitarios” las frecuencias observadas son menores que las frecuencias esperadas. En el caso de las personas incluidas en la categoría de “analfabetos” de nivel cultural, para “deterioro intelectual muy grave”, “deterioro intelectual grave” y “deterioro intelectual leve” las frecuencias observadas son siempre mayores que las frecuencias esperadas. En las personas cuyo rendimiento cognitivo está incluido en la categoría de “intacto” o “leer y escribir” y cuyo nivel cultural está incluido en la categoría de analfabetos las frecuencias observadas son menores que las esperadas, mientras que para el resto de las categorías de nivel cultural y rendimiento cognitivo “intacto” las frecuencias observadas son siempre superiores a las esperadas. En general a mayor nivel cultural, menores frecuencias observadas que esperadas cuando el rendimiento cognitivo es peor. Respecto a las subvariables del COOP-WONCA la diferencia entre frecuencias observadas y esperadas son las siguientes (C1 a C5 corresponden a las puntuaciones que el sujeto puede escoger en la prueba dentro de una escala Likert de más positivo a más negativo (Tabla 8.16):

TABLA 8.16

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables COOP-WONCA y nivel cultural

		Frecuencias observadas Frecuencias esperadas					
		C1	C2	C3	C4	C5	
Forma física	Analfabetos	1	0	3	21	7	
		1,4	2,7	7,3	13,0	7,7	
	Leer-escribir	7	15	53	99	69	
		10,4	20,2	55,2	99,1	58,2	
	Primarios	9	23	51	75	42	
		8,5	16,6	45,4	81,5	47,9	
	Universitarios	4	3	5	6	0	
		0,8	1,5	4,1	7,3	4,3	
	Dificultad en la realización de actividad cotidianas	Analfabetos	16	5	5	5	1
			18,6	5,2	3,9	3,3	1,0
Leer-escribir		130	37	30	33	13	
		141,0	39,4	29,6	25,1	7,9	
Primarios		132	33	21	12	2	
		116,0	32,5	24,3	20,7	6,5	
Universitarios		8	5	4	1	0	
		10,4	2,9	2,2	1,9	0,6	
Actividades sociales limitadas		Analfabetos	18	4	10	0	0
			22,4	4,0	3,7	1,8	0,1
	Leer-escribir	162	28	32	19	2	
		170,1	30,1	28,1	13,8	1,0	
	Primarios	154	24	13	9	0	
		140,0	24,7	23,1	11,4	0,8	
	Universitarios	11	5	2	0	0	
		12,6	2,2	2,1	1,0	0,1	

(Continuación)

TABLA 8.16

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables COOP-WONCA y nivel cultural

		Frecuencias observadas Frecuencias esperadas				
		C1	C2	C3	C4	C5
Calidad de vida	Analfabetos	1	12	13	5	1
		2,1	15,8	11,2	2,5	0,4
	Leer-escribir	18	103	95	24	3
		16,3	119,8	85,3	18,7	3,0
	Primarios	13	118	58	9	2
		13,4	98,6	70,2	15,4	2,4
	Universitarios	1	10	7	0	0
		1,2	8,9	6,3	1,4	0,2

- El sexo está relacionado con las siguientes subvariables incluidas en el COOP-WONCA: dificultad en la realización de actividades cotidianas (Sig.=.007) y estado de salud (Sig.=.029). Las diferencias entre las frecuencias observadas y esperadas en las subvariables del COOP-WONCA, se dan siempre en el sentido que la diferencia entre las frecuencias observadas y esperadas dan para los hombres mayores frecuencias observadas que las esperadas en los valores más "positivos" de las variables, mientras que en las mujeres sucede lo contrario.
- El estado civil está relacionado con: ABVD (lavarse) y con las siguientes subvariables del COOP-WONCA (sentimientos de ansiedad, depresión y tristeza; estado de salud y forma física). En cuanto a frecuencias esperadas y observadas, en el caso de la ABVD analizada las frecuencias observadas en casados y separados divorciados respecto a la independencia en la ejecución de dicha actividad es mayor que las esperadas. En cuanto a las subvariables del COOP-WONCA la diferencia entre las frecuencias observadas y esperadas pueden observarse en este cuadro (Tabla 8.17):

TABLA 8.17

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables COOP-WONCA y estado civil

		Frecuencias observadas Frecuencias esperadas				
		C1	C2	C3	C4	C5
Forma física (Sig.=.006)	Solteros	11	17	38	90	42
		8,3	16,2	45,1	81,6	46,7
	Casados	0	4	14	11	12
		1,7	3,4	9,3	16,9	9,7
	Viudos	9	13	5	97	61
		10,0	19,4	54,0	97,6	55,9
	Sep/Divor	1	7	5	8	3
		1,0	2,0	5,5	9,9	5,7

(Continuación)

TABLA 8.17

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables COOP-WONCA y estado civil

		Frecuencias observadas Frecuencias esperadas				
		C1	C2	C3	C4	C5
Sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión (Sig.=.017)	Solteros	98 82,8	41 42,4	27 31,7	26 31,7	6 9,5
	Casados	20 17,1	13 8,8	2 6,6	3 6,6	3 2,0
	Viudos	81 99,1	47 50,7	49 37,9	46 37,9	14 11,4
	Sep/Divor	10 10,0	6 5,1	2 3,8	5 3,8	1 1,2
	Solteros	3 4,0	24 21,4	92 85,1	67 70,9	12 16,6
Estado de salud (Sig.=.042)	Casados	2 0,8	2 4,4	20 17,6	11 14,7	6 3,4
	Viudos	3 4,7	23 25,6	93 101,9	94 84,8	24 19,9
	Sep/Divor	2 0,5	5 2,6	10 10,3	7 8,6	0 2,0

- La profesión desempeñada está relacionada con la siguientes AVDs: lavarse (Sig.=.005), arreglarse (Sig.=.007) y micción (Sig.=.038); con las siguientes subvariables del COOP-WONCA: sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión (Sig.=.047); dificultad en la realización de actividades cotidianas (Sig.=.042).
- Los diferentes grupos de edad están relacionados con algunas AVDs, como lavarse (Sig.=.017) y arreglarse (Sig.=.038), y con la variable "estado de salud" (Sig.=.004) del COOP-WONCA.

TABLA 8.18

Frecuencias observadas y esperadas entre las variables COOP-WONCA /Actividades cotidianas e idioma

			CWAC					
			Ninguna	Un poco	Moderada	Mucha	Toda	Total
Recuento	Conocimiento del euskera	Sí	96	29	12	11	1	149
		No	194	51	48	39	15	347
	TOTAL		290	80	60	50	16	496
Frecuencia esperada	Conocimiento del euskera	Sí	87,1	24,0	18,0	15,0	4,8	149,0
		No	202,9	56,0	42,0	35,0	11,2	347,0
	TOTAL		290,0	80,0	60,0	50,0	16,0	496,0

Finalmente el idioma (Tabla 8.18) utilizado está relacionado con la subvariable "dificultad en la realización de actividades cotidianas" (Sig.=.022) del COOP-WONCA.

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Capítulo 9

9.1. INTRODUCCIÓN

Antes de proceder al estudio de la variable COOP-WONCA (Calidad de vida respecto a la salud) se ha procedido a efectuar un Análisis de Componentes Principales (ACP) de las variables intervinientes en el estudio, a fin de facilitar el procedimiento y la toma de posteriores decisiones tanto a la hora de trabajar los análisis de regresión múltiple como los modelos de ecuaciones estructurales. Se trata de identificar variables subyacentes, o factores, que expliquen la configuración de las correlaciones dentro de un conjunto de variables observadas.

9.2. OBJETIVOS

Los objetivos perseguidos con este análisis son básicamente:

- Conocer la estructura factorial de las variables intervinientes.
- Analizar posibles problemas de multicolinealidad en las variables independientes que condicionará la inclusión de alguna de las variables en el modelo de regresión.
- Descomponer, si procede, la variable dependiente en diferentes subvariables que nos permitan enriquecer el análisis de la calidad de vida respecto a la salud.

9.3. PROCESO

Se ha efectuado un análisis de componentes principales con todas las variables intervinientes y rotación “varimax” que genera los siguientes resultados que se muestran en las Tablas 9.1 y 9.2:

TABLA 9.1

Análisis de componentes principales. Varianza total explicada

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6.482	27.010	27.010
2	2.362	9.840	36.851
3	1.501	6.253	43.104
4	1.360	5.665	48.769
5	1.135	4.728	53.497
6	1.065	4.436	57.933

TABLA 9.2

Matriz de componentes rotados (>.4, excepto CWCES)

	Matriz de componentes rotados (9 iteraciones)					
	1	2	3	4	5	6
BARTHEL					-.837	
CGSANSI	.807					
CGSDEP	.770					
CGSSOC	.538					
CGSSOMAT	.572					
GDS	.765					
EADG	.731					
LAWTON	-.726					
MECCONCE			.757			
MECFIJA						.815
MECLENGU			.671			
MECMEMO						.632
MECORIEN			.666			
OARS				-.731		
CWFF					.665	
CWDEP	.686					
CWAC		.628				
CWALIM		.451				
CWCES		.397				
CWES		.542				
CWDOL		.682				
CWAS				.645		
CWCV		.472				
SPMSQ			-.732			

9.4. RESULTADOS

Se ha optado por una solución de seis factores que explican el 57,9% de la varianza de las variables, habiéndose eliminado el resto de los factores de la estructura factorial al contar con una baja saturación y explicar un porcentaje de varianza inferior al 4,4%.

Analizando los factores obtenidos se pueden definir los mismos de la siguiente manera:

- Factor 1: (27,010% de la varianza). Conformado por los diferentes aspectos de la variable CGS (cgsansi, cgsdep, cgssoc y cgssomat), GDS, EADG, Lawton (en sentido negativo) y COOP-WONCA-2. La definición del mismo puede ser hecha en términos de “funcionamiento afectivo”.
- Factor 2: (9,840% de la varianza). Definido por COOP-WONCA-3, COOP-WONCA-4, COOP-WONCA-5, COOP-WONCA-6, COOP-WONCA-7, COOP-WONCA-9. Se podría afirmar que es un factor que mide “estado de salud y actividad”.

- Factor 3 (6,253% de la varianza): Comprende el MECCONCE, MECLENGU, MECORIEN y el SPMSQ (en sentido negativo). Se le puede denominar como **"funciones cognitivas no relacionadas con la memoria"**. A pesar de que SPMSQ trata de medir un constructo más amplio que el utilizado para denominar este Factor, desde la naturaleza del ACP y la estructura de los factores obtenidos (véase la definición del Factor 6), se ha optado por denominar a este factor en base a las tres primeras variables que lo definen: MECCONCE, MECLENGU y MECORIEN.
- Factor 4 (5,665% de la varianza): Comprende el OARS y el COOP-WONCA-8. Se podría afirmar que mide el: **"apoyo social"**.
- Factor 5 (4,728% de la varianza): Comprende el COOP-WONCA-1 y el Barthel. Se podría afirmar que es un factor que mide **"funcionamiento físico"**.
- Factor 6 (4,436% de la varianza): Comprende el MECFIJAC y el MECMEMOR. Se podría afirmar que mide **"memoria"**.

9.5. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos pretendidos en este Capítulo y los propios relacionados con el análisis de componentes principales, los resultados anteriores traen como consecuencia:

- Como variable dependiente la calidad de vida con respecto a la salud, está justificado trabajar cinco aspectos diferenciados:
 - a) COOP-WONCA TOTAL. Calidad de vida respecto a la salud.
 - b) COOP-WONCA-2, "sentimientos de ansiedad tristeza y depresión".
 - c) COOP-WONCA-3, COOP-WONCA-4, COOP-WONCA-5, COOP-WONCA-6, COOP-WONCA-7 y COOP-WONCA-9. Estado de salud y actividad social.
 - d) COOP-WONCA-1. Forma física.
 - e) COOP-WONCA-8. Apoyo social.
- Se trabajará con la variable CGS sólo en el aspecto global; esto es, con la puntuación total. Aunque es necesario tener en cuenta los posibles problemas de multicolinealidad de dicha variable con las variables GDS, EADG y Lawton.

Así pues, en el siguiente Capítulo (análisis de regresión lineal) se trabajará con cinco modelos de regresión, en base a cada una de las variables dependientes antedichas.

ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DEL
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO, SOCIAL,
COGNITIVO, CAPACIDAD FUNCIONAL
Y SALUD PERCIBIDA EN LA CALIDAD
DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Capítulo 10

10.1. INTRODUCCIÓN

En el presente Capítulo se pretende estudiar el valor diferencial de las diversas variables objeto de estudio en la calidad de vida relacionada con la salud. Dicho estudio se va a efectuar a través del análisis de regresión múltiple, intentando responder a cuatro objetivos:

- Estudiar las interrelaciones entre las variables.
- Estudiar el tipo de función matemática que relaciona óptimamente las variables.
- Una vez conocido el tipo de función matemática, calcular los parámetros de dicha función, así como determinar la bondad del ajuste.
- Realizar las predicciones de la variable dependiente, a partir de los datos de las variables independientes.

A la hora de analizar las variables/constructos que influyen en que las personas mayores tengan mayor o menor calidad de vida relacionada con la salud (variable dependiente), se han efectuado diversos ARM en los que la variable dependiente es la calidad de vida con respecto a la salud y que como se ha manifestado en el Análisis de Componentes Principales (ver capítulo 9) se justifica trabajar cinco aspectos diferenciados de la misma (calidad de vida relacionada con la salud; sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión; estado de salud y actividad social; forma física y apoyo social); se han incluido como variables independientes (derivadas del ACP efectuado) las siguientes variables: Barthel, CGS, GDS, EADG, Lawton, Nomemori, OARScuan, Simemori y SPMSQ.

Las variables independientes son las correspondientes a las puntuaciones obtenidas en las pruebas en todos los casos, salvo a las que se ha denominado como Simemori y Nomemori, tal y como se ha explicitado en los resultados del Análisis de Componentes Principales (ver Capítulo 9).

10.2. VARIABLE DEPENDIENTE COOP-WONCA (PUNTUACIÓN TOTAL)

De las variables incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado siete (7), siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 52,3%.

El orden de inclusión de las variables en la ecuación, junto con los coeficientes de correlación múltiple, coeficiente de determinación y coeficiente de determinación ajustado, así como el error típico de la estimación, han sido los siguientes:

TABLA 10.1

Análisis de regresión múltiple. Muestra total. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

RESUMEN DEL MODELO				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,646 ^a	,417	,416	4,130
2	,679 ^b	,461	,459	3,974
3	,696 ^c	,484	,481	3,892
4	,710 ^d	,504	,500	3,820
5	,716 ^e	,513	,508	3,791
6	,723 ^f	,522	,516	3,757
7	,728 ^g	,530	,523	3,731

- a) Variables predictoras: (Constante) GDS.
 b) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON.
 c) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON, EADG.
 d) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON, EADG, NOMEMORI.
 e) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON, EADG, NOMEMORI, SPMSQ.
 f) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON, EADG, NOMEMORI, SPMSQ, BARTHEL.
 g) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON, EADG, NOMEMORI, SPMSQ, BARTHEL, CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD GOLDBERG.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable que más incide en la calidad de vida relacionada con la salud (COOP-WONCA) es la variable GDS (nivel de depresión), que explica el 41,6% de los cambios que se dan.

Como segunda variable que ha entrado a formar parte de la ecuación se ha incluido la variable Lawton, que incrementa la R múltiple hasta .679, a la vez que el porcentaje de varianza explicada (ajustada) hasta un 45,9%.

A la hora de interpretar el 4,3% de incremento que produce el Lawton, se debe ser consciente que se trata de un 4,3% del porcentaje de los cambios que se dan en la variable dependiente, pero que no han sido explicados previamente por la primera variable incluida en la ecuación, esto es, por el GDS.

La tercera variable que ha entrado a formar parte de la ecuación ha sido el EADG, que incrementa la R múltiple hasta .696, a la vez que el porcentaje de varianza explicada (en términos ajustados) hasta un 48,1%. Este incremento del 2,2% que produce la variable EADG se trata del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, pero que no han sido previamente explicados por las dos primeras variables, incluidas en la ecuación de regresión.

La cuarta variable que ha entrado a formar parte de la ecuación ha sido el Nomemori, que incrementa la R múltiple hasta .710, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 50% siendo este incremento del 1,9% el que produce la variable Nomemori, que no ha sido explicado previamente por las anteriores variables introducidas en el modelo de regresión.

La quinta variable incluida en la ecuación ha sido el SPMSQ, que incrementa la R múltiple hasta .716, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta el 50,8%; siendo este incremento del 0,7% el que produce la variable SPMSQ, que no ha sido explicado por las anteriores variables incluidas en la ecuación.

La sexta variable incluida en la ecuación ha sido el Barthel, que incrementa la R múltiple hasta .723, a la vez que incrementa el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta el 51,6%; siendo este incremento del 0,8% el que produce la variable Barthel, que no ha sido explicado por las anteriores variables incluidas en la ecuación.

La séptima variable incluida en la ecuación ha sido el CGS, que incrementa la R múltiple hasta .728, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta 52,3%; siendo este incremento del 0,7% el que produce el CGS, que no ha sido explicado por las anteriores variables incluidas en la ecuación.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 75,18 y con una significatividad de .000, es la siguiente:

TABLA 10.2

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra total. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL

Modelo	COEFICIENTES ^a		Beta	t	Sig.
	Coefficientes no estandarizados	Error tip.			
(Constante)	31,220	1,756		17,783	,000
GDS	,183	,053	,195	3,438	,001
LAWTON	-,341	,070	-,249	-4,843	,000
EADG	-,307	,076	,182	4,030	,000
NOMEMORI	-,269	,050	-,218	-5,323	,000
SPMSQ	-,543	,144	-,155	-3,768	,000
BARTHEL	-2,06E-02	,007	-,105	-3,093	,002
CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD	,140	,050	,122	2,775	,006

a) Variables predictoras: COOP-WONCA

TABLA 10.3

Ecuación del análisis de regresión. Muestra total. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

$$\text{COOP-WONCA} = 31,220 + 0,183 * \text{GDS} + -0,341 * \text{Lawton} + 0,307 * \text{EADG} - 0,269 * \text{Nomemori} - 0,543 * \text{SPMSQ} - 2,06\text{E-}02 * \text{Barthel} + 0,140 * \text{CGS}$$

Se han analizado asimismo los residuos obtenidos del ARM a través del diagnóstico por caso, para valores atípicos de más de dos desviaciones típicas. Se han encontrado 19 casos.

Al constatar los casos atípicos (*outliers*) existentes dentro de la muestra, se va a proceder a sacar dichos casos de la muestra del presente trabajo al ser constatada la distorsión que sobre la muestra realizan a la hora de efectuar los análisis de regresión múltiple, realizándose todos los ARM con la muestra original, eliminando de la misma los diecinueve (19) casos mencionados.

Se utilizará a partir de ahora en todos los ARM el método "stepwise", con un criterio de utilizar la probabilidad de F, es decir, se incluirá una variable si el nivel de significación de su F es menor que .05 y se eliminará si el nivel de significación es mayor que .10.

10.3. VARIABLE DEPENDIENTE COOP-WONCA (PUNTUACIÓN TOTAL) EXCLUIDOS LOS CASOS ATÍPICOS

De las variables incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado siete con un orden de inclusión diferente al modelo anterior, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 58,1%.

El orden de inclusión de las variables en la ecuación, junto con los coeficientes de correlación múltiple, coeficiente de determinación y coeficiente de determinación ajustado, así como el error típico de la estimación, han sido los siguientes:

TABLA 10.4

Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

RESUMEN DEL MODELO				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,675 ^a	,456	,455	3,783
2	,716 ^b	,513	,511	3,583
3	,732 ^c	,536	,533	3,502
4	,744 ^d	,553	,549	3,439
5	,753 ^e	,566	,562	3,392
6	,761 ^f	,580	,574	3,344
7	,766 ^g	,587	,581	3,318

- a) Variables predictoras: (Constante) LAWTON.
- b) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG.
- c) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, NOMEMORI.
- d) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, NOMEMORI, GDS.
- e) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, NOMEMORI, GDS, SPMSQ.
- f) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, NOMEMORI, GDS, SPMSQ, BARTHEL.
- g) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, NOMEMORI, GDS, SPMSQ, BARTHEL, CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD GOLDBERG.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable que más incide en la calidad de vida con respecto a la salud es el Lawton (satisfacción vital), que explica el 45,5% de los cambios que se dan en términos ajustados. Como se puede apreciar ha cambiado la primera variable incluida en el modelo y ha aumentado el porcentaje de varianza explicada por la primera variable en un 3,9% con respecto al anterior modelo en el que estaban incluidos los casos atípicos, que han sido extraídos para el presente ARM.

La segunda variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable EADG (nivel de ansiedad) que aumenta la R múltiple hasta .716, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 51,1%, siendo el 5,6% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el EADG, que no han sido explicados por la primera variable que entró a formar parte de la ecuación.

La tercera variable es la Nomemori, que aumenta la R múltiple a .732 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 53,3%, con un 2,2% de incremento de la varianza explicada por la tercera variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La cuarta variable es la variable GDS, que aumenta la R múltiple a .744 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 54,9%, con un 1,6% de incremento de la varianza explicada por la cuarta variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La quinta variable es la variable SPMSQ, que aumenta la R múltiple a .753 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 56,2%, con un 1,3% de incremento de la varianza explicada por la quinta variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La sexta variable es el Barthel, que aumenta la R múltiple a .761 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 57,4%, con un 1,2% de incremento de la varianza explicada por la sexta variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La séptima variable es la variable CGS, que aumenta la R múltiple a .766 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 58,1%, con un 0,7% de incremento de la varianza explicada por la tercera variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 95,012 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.5

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

Modelo	COEFICIENTES ^a				Sig.
	Coefficientes no estandarizados	Coefficientes estandarizados	B	Error tip.	
(Constante)			32,231	1,622	,000
GDS			,394	,066	,001
LAWTON			-,286	,070	,000
EADG			-,266	,045	,000
NOMEMORI			-,164	,050	,001
SPMSQ			-,628	,131	,000
BARTHEL			-2,27E-02	,006	,000
CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD			,131	,045	,004

a) Variables predictoras: COOP-WONCA.

TABLA 10.6

Ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

$$\text{COOP-WONCA} = 32,231 - 0,394 * \text{Lawton} + 0,286 * \text{EADG} - 0,708 * \text{Nomemori} + 0,164 * \text{GDS} - 0,628 * \text{SPMSQ} - 2,27E-02 * \text{Barthel} + 0,131 * \text{CGS}$$

10.4. VARIABLE DEPENDIENTE COOP-WONCA/2 (SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD, TRISTEZA Y DEPRESIÓN)

De las ecuaciones incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado seis, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 49,8%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.7

Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/2

RESUMEN DEL MODELO				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,654 ^a	,428	,427	,95336
2	,681 ^b	,463	,461	,92440
3	,696 ^c	,484	,461	,90726
4	,704 ^d	,495	,491	,89854
5	,708 ^e	,501	,495	,89443
6	,711 ^f	,505	,498	,89160

- a) Variables predictoras: (Constante) GDS.
 b) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON.
 c) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON, CGS.
 d) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON, CGS, EADG.
 e) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON, CGS, EADG, BARTHEL.
 f) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON, CGS, EADG, BARTHEL, NOMEMORI.

La primera variable incluida en la ecuación es la variable GDS que, como se puede apreciar, es la que más incide sobre la variable dependiente explicando el 42,7% de los cambios que se dan.

La segunda variable que ha entrado a formar parte de la ecuación es el Lawton, que incrementa la R múltiple hasta .681, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 46,1%, siendo el aumento de 3,4% el porcentaje de los cambios que se dan en la variable dependiente, que no han sido previamente explicados por la primera variable incluida en el modelo.

La tercera variable es la variable CGS, que incrementa la R múltiple hasta .696 y el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 48,1%.

La cuarta variable es la variable EADG, que incrementa la R múltiple hasta .704 y el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta el 49,1% .

La quinta variable es la variable Barthel, que incrementa la R múltiple hasta .708 y el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta el 49,5% .

La sexta variable es la variable Nomenclatura, que incrementa la R múltiple hasta .711 y el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta el 49,8% .

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 79,367 y con una significatividad de .000, es la siguiente:

TABLA 10.8

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/2 (Sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión)

Modelo	COEFICIENTES ^a				
	Coefficientes no estandarizados	Coefficientes estandarizados	Beta	t	Sig.
(Constante)	1,955	,355		5,509	,000
GDS	5,690E-02	,013	,258	4,278	,000
LAWTON	-6,84E-02	,018	-,213	-3,866	,000
CGS	4,712E-02	,012	,177	3,866	,000
EADG	6,408E-02	,019	,163	3,442	,001
BARTHEL	4,297E-03	,002	,094	2,723	,007
NOMEMORI	-1,99E-02	,010	-,069	-1,993	,047

a) Variable dependiente: SENTIMIENTOS.

TABLA 10.9

Ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/2 (Sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión)

$$\text{COOP-WONCA/2} = 1,955 + 5,609\text{E-}02 * \text{GDS} - 6,84\text{E-}02 * \text{Lawton} + 4,712\text{E-}02 * \text{CGS} + 6,408\text{E-}02 * \text{EADG} + 4,297\text{E-}03 * \text{Barthel} - 1,99\text{E-}02 * \text{Nomemori}$$

10.5. VARIABLE DEPENDIENTE COOP-WONCA/ACPP "ESTADO DE SALUD Y ACTIVIDAD SOCIAL"

De las ecuaciones incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado nueve, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 45,3%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.10

Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ ACPP (Estado de salud y actividad social)

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,607 ^a	,368	,367	,47496
2	,641 ^b	,411	,408	,45926
3	,651 ^c	,424	,420	,45455
4	,669 ^d	,447	,442	,44579
5	,674 ^e	,454	,448	,44347
6	,679 ^f	,460	,453	,44133

- a) Variables predictoras: (Constante) LAWTON.
- b) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG.
- c) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, NOMEMORI.
- d) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, NOMEMORI, SPMSQ.
- e) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, NOMEMORI, SPMSQ, BARTHEL.
- f) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, NOMEMORI, SPMSQ, BARTHEL, CGS.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable que más incide en la variable dependiente es el Lawton, que explica el 36,7% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La segunda variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable EADG, que aumenta la R múltiple hasta .641, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 40,8%, siendo el 4,1% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el EADG, que no han sido explicados por la primera variable que entró a formar parte de la ecuación.

La tercera variable es la variable NOMEMORI, que aumenta la R múltiple a .651 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 42%, con un 1,2% de incremento de la varianza explicada por la tercera variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La cuarta variable es la variable SPMSQ, que aumenta la R múltiple a .669 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 44,2%, con un 2,2% de incremento de la varianza explicada por la cuarta variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La quinta variable es la variable Barthel, que aumenta la R múltiple a .674 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 44,8%, con un 0,6% de incremento de la varianza explicada por la quinta variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La sexta y última variable incluida en el modelo es la variable CGS, que aumenta la R múltiple hasta .679 y el porcentaje de varianza explicada hasta 45,3%, con un 0,5% de incremento de la varianza explicada por la sexta variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 58,665 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.11

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ACPP (Estado de salud y actividad social)

Modelo	COEFICIENTES ^a				
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error tip.	Beta	t	
(Constante)	3,758	,191		19,703	,000
LAWTON	-5,80E-02	,008	-,380	-7,723	,000
EADG	3,799E-02	,009	,204	4,354	,000
NOMEMORI	-3,20E-02	,006	-,235	-5,320	,000
SPMSQ	-8,80E-02	,017	-,227	-5,041	,000
BARTHEL	-1,89E-03	,001	-,087	-2,352	,019
CGS	1,373E-02	,006	,109	2,349	,019

a) Variable dependiente: ESTADO DE SALUD Y ACTIVIDAD SOCIAL.

TABLA 10.12

Ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/2 (Estado de salud y actividad social)

$$\text{COOP-WONCA/2} = 3,758 - 5,80\text{E-}02 * \text{Lawton} + 3,799\text{E-}02 * \text{EADG} - 3,20\text{E-}02 * \text{Nomemori} - 8,80\text{E-}02 * \text{SPMSQ} - 1,89\text{E-}03 * \text{Barthel} + 1,373\text{E-}02 * \text{CGS}$$

10.6. VARIABLE DEPENDIENTE COOP-WONCA/1 (ACTIVIDAD FÍSICA)

272

De las ecuaciones incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado cinco, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 31,6%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.13

Análisis de regresión. Resumen del modelo. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/1 (Actividad física)

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,484 ^a	,235	,233	,89453
2	,531 ^b	,282	,279	,86761
3	,552 ^c	,305	,301	,85413
4	,567 ^d	,322	,316	,84482

- a) Variables predictoras: (Constante) BARTHEL.
- b) Variables predictoras: (Constante) BARTHEL, CGS.
- c) Variables predictoras: (Constante) BARTHEL, CGS, NOMEMORI.
- d) Variables predictoras: (Constante) BARTHEL, CGS, NOMEMORI, SPMSQ.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable que más incide en la variable COOP-WONCA/1 es el Barthel, que explica el 23,3% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La segunda variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable CGS, que aumenta la R múltiple hasta .531, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 27,9%, siendo el 4,6% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el CGS, que no han sido explicados por la primera variable que entró a formar parte de la ecuación.

La tercera variable es la variable NOMEMORI, que aumenta la R múltiple a .552 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 30,1%, con un 2,2% de incremento de la varianza explicada por la tercera variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La cuarta y última variable es la variable SPMSQ, que aumenta la R múltiple a .567 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 31,6%, con un 1,5% de incremento de la varianza explicada por la cuarta variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 58,665 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.14

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/1 (Actividad física)

Modelo	COEFICIENTES ^a						
	Coefficientes no estandarizados	Coefficientes estandarizados	B	Error tip.	Beta	t	Sig.
(Constante)	6,303	,319				19,784	,000
BARTHEL	-1,60E-02	,002			-,432	-10,505	,000
CGS	4,514E-02	,008			,209	5,366	,000
NOMEMORI	-5,97E-02	,011			-,256	-5,245	,000
SPMSQ	-,112	,033			-,168	-3,375	,001

a) Variable dependiente: FORMA FÍSICA.

TABLA 10.15

Ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ 1 (Actividad física)

$$\text{COOP-WONCA/1} = 6,303 - 1,60\text{E-}02 \cdot \text{Barthel} + 4,514\text{E-}02 \cdot \text{CGS} - 5,97\text{E-}02 \cdot \text{Nomemori} - 0,112 \cdot \text{SPMSQ}$$

10.7. VARIABLE DEPENDIENTE COOP-WONCA/8 (APOYO SOCIAL)

De las ecuaciones incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado cinco, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 12,1%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.16

Análisis de regresión. Resumen del modelo. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/8 (Apoyo social)

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,298 ^a	,089	,087	,93681
2	,353 ^b	,125	,121	,91910

a) Variables predictoras: (Constante) OARS.

b) Variables predictoras: (Constante) OARS, GDS.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable que más incide en la variable COOP-WONCA/8 es el OARS, que explica el 8,7% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La segunda variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable GDS que aumenta la R múltiple hasta .353, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 12,1%, siendo el 3,4% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el GDS, que no han sido explicados por la primera variable que entró a formar parte de la ecuación.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 19,315 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.17

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/8 (Apoyo social)

Modelo	COEFICIENTES ^a				
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error tip.	Beta	t	
(Constante)	2,643	,112		23,534	,000
OARS	-9,11E-02	,016	-,256	-5,788	,000
GDS	3,333E-02	,008	,194	4,397	,000

a) Variable dependiente: APOYO SOCIAL.

TABLA 10.18

Ecuación del análisis de regresión. Muestra sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ 8 (Apoyo social)

$$\text{COOP-WONCA/8} = 2,643 - 9,11\text{E-}02 * \text{OARS} + 3,333\text{E-}02 * \text{GDS}$$

10.8. VARIABLE DEPENDIENTE COOP-WONCA (CALIDAD DE VIDA RESPECTO DE LA SALUD) SEGÚN LA VARIABLE GÉNERO

10.8.1. Varones

De las ecuaciones incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado cuatro, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 47,9%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.19

Análisis de regresión múltiple. Muestra de hombres sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,625 ^a	,391	,387	3,531
2	,662 ^b	,438	,430	3,404
3	,685 ^c	,469	,458	3,321
4	,702 ^d	,492	,479	3,257

- a) Variables predictoras: (Constante) GDS.
 b) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON.
 c) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON, NOMEMORI.
 d) Variables predictoras: (Constante) GDS, LAWTON, NOMEMORI, CGS.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable que más incide en la variable COOP-WONCA es el GDS, que explica el 38,7% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La segunda variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable Lawton, que aumenta la R múltiple hasta .662, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 43%, siendo el 4,3% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el Lawton, que no han sido explicados por la primera variable que entró a formar parte de la ecuación.

La tercera variable es la variable Nomemori, que aumenta la R múltiple a .685 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 45,8%, con un 2,8% de incremento de la varianza explicada por la tercera variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La cuarta variable y última variable que entra en la ecuación es la variable CGS, que aumenta la R múltiple a .702 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 47,9%, con un 2,1% de incremento de la varianza explicada por la cuarta variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 38,685 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.20

*Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de hombres sin valores atípicos.
Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL*

Modelo	COEFICIENTES ^a				Sig.
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error tip.	Beta	t	
(Constante)	28,402	2,449		11,596	,000
GDS	,222	,082	,260	2,697	,008
LAWTON	-,374	,120	-,295	-3,112	,002
NOMEMORI	-,222	,067	-,198	-3,323	,001
CGS	,204	,077	,195	2,635	,009

a) Variable dependiente: COOP-WONCA.

TABLA 10.21

*Ecuación del análisis de regresión. Muestra de hombres sin valores atípicos. Variable dependiente:
COOP-WONCA/TOTAL*

$$\text{COOP-WONCA} = 28,402 + 0,222 * \text{GDS} - 0,374 * \text{Lawton} - 0,222 * \text{Nomemori} + 0,204 * \text{CGS}$$

10.8.2. Mujeres

De las ecuaciones incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado nueve, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 58,2%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.22

Análisis de regresión múltiple. Muestra de mujeres sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,683 ^a	,466	,465	3,860
2	,729 ^b	,531	,528	3,624
3	,741 ^c	,550	,545	3,557
4	,750 ^d	,562	,557	3,513
5	,760 ^e	,577	,570	3,457
6	,768 ^f	,589	,582	3,412

- a) Variables predictoras: (Constante) LAWTON.
 b) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG.
 c) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, GDS.
 d) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, GDS, NOMEMORI.
 e) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, GDS, NOMEMORI, SPMSQ.
 f) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, GDS, NOMEMORI, SPMSQ, BARTHEL.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable que más incide en la variable COOP-WONCA es el Lawton, que explica el 46,5% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La segunda variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable EADG, que aumenta la R múltiple hasta .729, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 52,8%, siendo el 6,3% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el EADG, que no han sido explicados por la primera variable que entró a formar parte de la ecuación.

La tercera variable es la variable GDS, que aumenta la R múltiple a .741 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 54,5%, con un 1,7% de incremento de la varianza explicada por la tercera variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La cuarta variable es la variable Nomemori, que aumenta la R múltiple a .750 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 55,7%, con un 1,2% de incremento de la varianza explicada por la cuarta variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La quinta variable es la variable SPMSQ, que aumenta la R múltiple a .760 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 57%, con un 1,3% de incremento de la varianza explicada por la quinta variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La sexta y última variable es el Barthel, que aumenta la R múltiple a .768 y el porcentaje de varianza explicada hasta el 58,2%, con un 1,2% de incremento de la varianza explicada por la sexta variable y que no ha sido explicada por las variables anteriores.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 60,803 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.23

*Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de mujeres sin valores atípicos.
Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL*

Modelo	COEFICIENTES ^a				
	Coefficientes no estandarizados	Error tip.	Coefficientes estandarizados	t	Sig.
(Constante)	32,175	1,964		16,383	,000
LAWTON	-,441	,079	-,336	-5,584	,000
EADG	,361	,083	,227	4,371	,000
GDS	,193	,059	,211	3,275	,001
NOMEMORI	-,241	,057	-,202	-4,251	,000
SPMSQ	-,609	,154	-,189	-3,953	,000
BARTHEL	-2,23E-02	,007	-,121	-3,051	,002

a) Variable dependiente: COOP-WONCA

TABLA 10.24

*Ecuación del análisis de regresión. Muestra de mujeres sin valores atípicos. Variable dependiente:
COOP-WONCA/TOTAL*

$$\text{COOP-WONCA} = 32,175 - 0,441 * \text{Lawton} + 0,361 * \text{EADG} - 0,193 * \text{GDS} - 0,241 * \text{Nomemori} - 0,609 * \text{SPMSQ} - 2,23\text{E-}02 * \text{Barthel}$$

10.9. VARIABLE DEPENDIENTE COOP-WONCA (CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD) SEGÚN LA VARIABLE GRUPOS DE EDAD

- Grupos de edad: 36-64 años

De las ecuaciones incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva ha quedado una, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 46,2%.

El resumen del modelo así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.25

Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 36 y 64 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,694 ^a	,481	,462	3,250

a) Variables predictoras: (Constante) EADG.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la única variable que incide en el COOP-WONCA es el EADG, que explica el 46,2% de los cambios que se dan en términos ajustados. La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 25,019 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.26

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 36 y 64 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

Modelo	COEFICIENTES ^a		Beta	t	Sig.
	Coefficientes no estandarizados	Coefficientes estandarizados			
	B	Error tip.			
(Constante)	18,606	,945		19,698	,000
EADG	,985	,197	,694	5,002	,000

a) Variable dependiente: COOP-WONCA.

TABLA 10.27

Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 36 y 64 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

$$\text{COOP-WONCA} = 18,606 + 0,985 \cdot \text{EADG}$$

- Grupos de edad: 65-69 años

De las variables incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado dos, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 65,3%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.28

Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 65 y 69 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/ TOTAL

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,775 ^a	,601	,591	3,541
2	,818 ^b	,669	,653	3,261

- a) Variables predictoras: (Constante) EADG.
- b) Variables predictoras: (Constante) EADG, LAWTON.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable que más incide en la variable COOP-WONCA es el EADG, que explica el 59,1% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La segunda variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable Lawton, que aumenta la R múltiple hasta .818, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 65,3%, siendo el 6,2% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el Lawton, que no han sido explicados por la primera variable que entró a formar parte de la ecuación.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 40,506 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.29

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 65 y 69 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

COEFICIENTES^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error tip.	Beta	t	
(Constante)	23,917	2,307		10,367	,000
EADG	,690	,205	,469	3,363	,002
LAWTON	-,472	,164	-,403	-2,885	,006

- a) Variable dependiente: COOP-WONCA.

TABLA 10.30

Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 65 y 69 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

$$COOP-WONCA=23,917 + 0,690 \cdot EADG - 0,472 \cdot Lawton$$

- Grupos de edad: 70-74 años

De las variables incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado dos, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 54,3%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.31

Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 70 y 74 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

RESUMEN DEL MODELO				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,743 ^a	,552	,543	3,920

a) Variables predictoras: (Constante) GDS.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la única variable que incide en la variable COOP-WONCA es el GDS, que explica el 54,3% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 36,156 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.32

Coefficientes de correlación de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 70 y 74 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

Modelo	COEFICIENTES ^a		Beta	t	Sig.
	Coefficientes no estandarizados	Coefficientes estandarizados			
	B	Error tip.			
(Constante)	16,083	,944		17,036	,000
GDS	,691	,090	,743	7,690	,000

a) Variable dependiente: COOP-WONCA.

TABLA 10.33

Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 70 y 74 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

$$\text{COOP-WONCA} = 16,083 + 0,691 * \text{GDS}$$

- Grupos de edad: 75-79 años

De las variables incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado seis, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 55%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.34

Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 75 y 79 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

RESUMEN DEL MODELO				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,647 ^a	,418	,411	3,387
2	,697 ^b	,466	,472	3,207
3	,734 ^c	,539	,521	3,055
4	,757 ^d	,573	,550	2,961

a) Variables predictoras: (Constante) GDS.

b) Variables predictoras: (Constante) GDS, EADG.

c) Variables predictoras: (Constante) GDS, EADG, NOMEMORI.

d) Variables predictoras: (Constante) GDS, EADG, NOMEMORI, SPMSQ.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable que más incide en la variable COOP-WONCA es el GDS, que explica el 41,1% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La segunda variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable EADG, que aumenta la R múltiple hasta .697, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 47,2%, siendo el 6,1% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el EADG, que no han sido explicados por la primera variable que entró a formar parte de la ecuación.

La tercera variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable NOMEMORI, que aumenta la R múltiple hasta .734, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 52,1%, siendo el 4,9% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por NOMEMORI, que no han sido explicados por las variables que entraron a formar parte de la ecuación.

La cuarta variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable SPMSQ, que aumenta la R múltiple hasta .757, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 55%, siendo el 2,9% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el SPMSQ, que no han sido explicados por las variables que entraron a formar parte de la ecuación.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 21,138 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.35

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 75 y 79 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

Modelo	COEFICIENTES ^a				
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error tip.	Beta	t	
(Constante)	27,848	2,959		10,474	,000
GDS	,302	,085	,371	3,558	,001
EADG	,535	,144	,386	3,721	,000
NOMEMORI	-,382	,099	-,399	-3,867	,000
SPMSQ	-,687	,286	-,247	-2,404	,019

a) Variable dependiente: COOP-WONCA.

TABLA 10.36

Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 75 y 79 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

$$\text{COOP-WONCA} = 27,848 + 0,302 * \text{GDS} + 0,535 * \text{EADG} - 0,382 * \text{Nomemori} - 0,687 * \text{SPMSQ}$$

- Grupos de edad: 80-84 años

De las variables incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado cuatro, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 59,1%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.37

Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 80 y 84 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,672 ^a	,452	,448	3,914
2	,718 ^b	,516	,508	3,694
3	,747 ^c	,558	,547	3,545
4	,760 ^d	,577	,562	3,484
5	,769 ^e	,592	,574	3,438
6	,782 ^f	,611	,591	3,369

- a) Variables predictoras: (Constante) LAWTON.
- b) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, GDS.
- c) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, GDS, NOMEMORI.
- d) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, GDS, NOMEMORI, CGS.
- e) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, GDS, NOMEMORI, CGS, SPMSQ.
- f) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, GDS, NOMEMORI, CGS, SPMSQ, BARTHEL.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable que más incide en la variable COOP-WONCA es el Lawton, que explica el 44,8% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La segunda variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable GDS, que aumenta la R múltiple hasta .718, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 50,8%, siendo el 6% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el GDS, que no han sido explicados por la primera variable que entró a formar parte de la ecuación.

La tercera variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable Nomemori, que aumenta la R múltiple hasta .747, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 54,7%, siendo el 3,9% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por Nomemori, que no han sido explicados por las variables que entraron a formar parte de la ecuación.

La cuarta variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable CGS, que aumenta la R múltiple hasta .760, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 56,2%, siendo el 1,5% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el CGS, que no han sido explicados por las variables que entraron a formar parte de la ecuación.

La quinta variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable SPMSQ, que aumenta la R múltiple hasta .769, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 57,4%, siendo el 1,2% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el SPMSQ, que no han sido explicados por las anteriores variables.

La sexta y última variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable Barthel, que aumenta la R múltiple hasta .782, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 59,1%, siendo el 1,7% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el Barthel, que no han sido explicados por las anteriores variables.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 41,681 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.38

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 80 y 84 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

Modelo	COEFICIENTES ^a				
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error tip.	Beta	t	
(Constante)	36,074	3,259		11,068	,000
LAWTON	-,445	,128	-,316	-3,465	,001
GDS	,185	,092	,198	2,017	,046
NOMEMORI	-,365	,096	-,289	-3,783	,000
CGS	,230	,086	,219	2,676	,009
SPMSQ	-,638	,249	-,195	-2,559	,012
BARTHEL	-3,04E-02	,013	-,155	-2,405	,018

a) Variable dependiente: COOP-WONCA.

TABLA 10.39

Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 80 y 84 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

$$\text{COOP-WONCA} = 36,074 - 0,445 * \text{Lawton} + 0,185 * \text{GDS} - 0,365 * \text{Nomemori} + 0,230 * \text{CGS} - 0,638 * \text{SPMSQ} - 3,04E-02 * \text{Barthel}$$

- Grupos de edad: 85-89 años

De las variables incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado cuatro, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 54,2%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.40

Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 85 y 89 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,683 ^a	,455	,461	3,561
2	,733 ^b	,537	,528	3,333
3	,745 ^c	,555	,542	3,284

- a) Variables predictoras: (Constante) LAWTON.
- b) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG.
- c) Variables predictoras: (Constante) LAWTON, EADG, GDS.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable que más incide en la variable COOP-WONCA es el Lawton, que explica el 46,1% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La segunda variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable EADG, que aumenta la R múltiple hasta .733, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 52,8%, siendo el 6,7% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el EADG, que no han sido explicados por la primera variable que entró a formar parte de la ecuación.

La tercera variable que entra a formar parte de la ecuación es la variable GDS, que aumenta la R múltiple hasta .745, a la vez que el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados hasta un 54,2%, siendo el 1,4% del porcentaje de cambios que se dan en la variable dependiente, los explicados por el GDS, que no han sido explicados por las variables que entraron a formar parte de la ecuación.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 30,758 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.41

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 85 y 89 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

Modelo	COEFICIENTES ^a				
	Coefficientes no estandarizados	Error tip.	Coefficientes estandarizados	t	Sig.
(Constante)	23,958	2,069		11,581	,000
LAWTON	-,445	,136	-,370	-3,488	,001
EADG	,400	,143	,247	2,792	,006
GDS	,212	,106	,231	2,000	,048

- a) Variable dependiente: COOP-WONCA.

TABLA 10.42

Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 85 y 89 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

$$\text{COOP-WONCA} = 23,958 - 0,475 \cdot \text{Lawton} + 0,4 \cdot \text{EADG} + 0,212 \cdot \text{GDS}$$

- Grupos de edad: 90-94 años

De las variables incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva han quedado dos, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 55,8%.

El resumen del modelo, el orden de inclusión de las variables, así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.43

Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 90 y 94 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,754 ^a	,569	,558	3,730

a) Variables predictoras: (Constante) LAWTON.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la variable Lawton es la única que incide en la variable dependiente, explicando el 55,8% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 32,370 y con una significatividad de .000 es la siguiente:

TABLA 10.44

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 90 y 94 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

COEFICIENTES^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error tip.	Beta	t	
(Constante)	33,858	1,420		23,841	,000
LAWTON	-1,070	,147	-,754	-7,263	,000

a) Variable dependiente: COOP-WONCA.

TABLA 10.45

Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 90 y 94 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

$$\text{COOP-WONCA} = 33,858 - 1,070 * \text{Lawton}$$

- Grupos de edad: 95-99 años

De las ecuaciones incluidas inicialmente en el modelo explicativo, en la ecuación definitiva ha quedado una, siendo el porcentaje de varianza explicada en términos ajustados del 70,7%.

El resumen del modelo así como los diversos coeficientes son los siguientes:

TABLA 10.46

Análisis de regresión múltiple. Resumen del modelo. Muestra de grupos de edad comprendida entre 95 y 99 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error tip. de estimación
1	,869 ^a	,756	,707	2,334

a) Variables predictoras: (Constante) CGS.

Analizando los resultados anteriores, podemos apreciar que la única variable que incide en el COOP-WONCA es el CGS, que explica el 70,7% de los cambios que se dan en términos ajustados.

La ecuación del análisis de regresión, con una F final de 6,639 y con una significatividad de .05 es la siguiente:

TABLA 10.47

Coefficientes de la ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 95 y 99 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

COEFICIENTES^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.
	B	Error tip.	Beta	t	
(Constante)	17,730	1,343		13,198	,000
CGS	,930	,236	,869	3,932	,011

a) Variable dependiente: COOP-WONCA.

TABLA 10.48

Ecuación del análisis de regresión. Muestra de grupos de edad comprendida entre 95 y 99 años sin valores atípicos. Variable dependiente: COOP-WONCA/TOTAL

$$\text{COOP-WONCA} = 17,730 + 0,930 * \text{CGSDep}$$

10.10. RESUMEN DEL ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE TODA LA MUESTRA

A modo de resumen de los análisis de regresión múltiple y teniendo en cuenta la Tabla siguiente podemos concluir lo siguiente:

TABLA 10.49

Resumen de porcentaje de varianza explicada en los diversos modelos de regresión múltiple

VARIABLES INCLUIDAS SIENDO LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD LA VARIABLE DEPENDIENTE

CW TOT	CW Sentimientos de ansiedad Tristeza y depresión	CW Estado de salud y actividad social	CW Actividad física	CW Apoyo social
Lawton 45,5%	GDS 42,7%	Lawton 36,7%	Barthel 23,3%	OARS 8,7%
EADG 5,6%	Lawton 3,4%	EADG 4,1%	CGS 4,6%	GDS 3,4%
Nomemori 2,2%	CGS 2%	Nomemori 1,2%	Nomemori 2,2%	
GDS 1,6%	EADG 1%	SPMSQ 2,2%	SPMSQ 1,3%	
SPMSQ 1,3%	Barthel 0,4%	Barthel 0,6%		
Barthel 1,2%	Nomemori 0,3%	CGS 0,5%		
CGS 0,7%				
VARIABLES NO INCLUIDAS				
OARS Simemori	SPMSQ OARS Simemori	GDS OARS Simemori	Lawton EADG GDS OARS Simemori	Lawton EADG Nomemori SPMSQ Barthel CGS Simemori

10.10.1. Variable dependiente la calidad de vida relacionada con la salud

- En primer lugar destacar que son variables incluidas en el funcionamiento afectivo (Lawton, EADG y GDS) las que más parte de varianza de la variable dependiente explican.
- En segundo lugar las variables que miden el funcionamiento cognitivo (Nomemori y SPMSQ) aportan un 3,5% de explicación de la variable dependiente, aunque es de destacar la ausencia de la variable Simemori, es decir, de las funciones cognitivas que tienen que ver con la memoria.
- Influencia escasa de la ejecución de las actividades de vida diaria y de la salud percibida en la calidad de vida relacionada con la salud.
- Ahondar en la importancia de variables relacionadas con el funcionamiento afectivo en la explicación de la varianza de la calidad de vida relacionada con la salud y de la nula explicación que aportan las variables Simemori y OARS.

10.10.2. Variable dependiente: sentimientos de ansiedad, tristeza y depresión de la calidad de vida relacionada con la salud

- Importancia, como antes se ha destacado, del funcionamiento afectivo y de la salud percibida en la explicación de la varianza de la variable dependiente.
- Escasa aportación a la explicación de la varianza de factores no memorísticos del funcionamiento cognitivo y de la capacidad funcional.
- Nula aportación en la explicación de la varianza del apoyo social, del funcionamiento cognitivo (especialmente el ligado a la memoria) y del SPMSQ.

10.10.3. Variable dependiente: estado de salud y actividad social de la calidad de vida relacionada con la salud

- Importancia del funcionamiento afectivo (Lawton y EADG).
- Baja presencia en la explicación de la varianza del funcionamiento cognitivo.
- Muy baja presencia de la capacidad funcional y la salud percibida en la explicación de la varianza de la variable dependiente.
- Nula influencia del apoyo social, de la depresión y de Simemori a la hora de explicar la varianza de la variable dependiente.

10.10.4. Variable dependiente: actividad física de la calidad de vida relacionada con la salud

- Baja explicación de la varianza de la variable dependiente.

- Importancia de la capacidad funcional y de la salud percibida en la explicación de la variación de la variable dependiente.
- Baja importancia del funcionamiento cognitivo.
- Escasa importancia del funcionamiento afectivo, Simemori y el apoyo social.

10.10.5. Variable dependiente: apoyo social de la calidad de vida relacionada con la salud

- Explicación muy baja de la varianza de la variable dependiente.
- El OARS y el GDS son las únicas variables que entran a explicar en alguna medida la variación de la variable dependiente.
- Nula influencia de la capacidad funcional, el funcionamiento cognitivo, el funcionamiento afectivo (excepto la depresión) y la salud percibida.

10.11. RESUMEN DEL ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE TODA LA MUESTRA SEGÚN GÉNERO

Teniendo en cuenta lo dicho en este Capítulo y el resumen que se presenta en la Tabla siguiente se puede deducir:

TABLA 10.50

Resumen del porcentaje de varianza explicada en los análisis de regresión múltiple según género

VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD		
Hombres	Mujeres	
GDS 38,7%	Lawton 46,5%	Variables incluidas en las ecuaciones
Lawton 4,3%	EADG 6,3%	
Nomemori 2,8%	GDS 1,7%	
CGS 2,1%	Nomemori 1,2%	
	SPMSQ 1,3%	
	Barthel 1,2%	
Barthel	OARS	Variables excluidas
EADG	Simemori	
OARS	CGS	
Simemori		
SPMSQ		

- Tanto en hombres como en mujeres importancia de variables relacionadas con el funcionamiento afectivo.
- Baja influencia en la explicación de la variable dependiente del funcionamiento cognitivo del sujeto tanto en hombres como en mujeres. No obstante conviene destacar que variables relacionadas con el funcionamiento cognitivo tienen mayor poder explicativo de la variable dependiente en el caso de los hombres que en el de las mujeres.
- Presencia de la salud percibida en los hombres y la capacidad funcional en las mujeres.
- Es de destacar la no ausencia del apoyo social ni de Simemori de las ecuaciones del análisis de regresión.

10.12. RESUMEN DEL ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE TODA LA MUESTRA SEGÚN GRUPOS DE EDAD

De los anteriores resultados obtenidos a lo largo de este punto, cuyo resumen se puede ver en la Tabla siguiente, se puede concluir que:

TABLA 10.51

Resumen del porcentaje de varianza explicada en los análisis de regresión múltiple según grupos de edad

Variable dependiente: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD							
36-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85-89 años	90-94 años	95-99 años
Variables incluidas en las ecuaciones							
EADG 46,2%	EADG 59,1%	GDS 54,3%	GDS 41,1%	Lawton 44,8%	Lawton 46,1%	Lawton 55,8%	CGS 70,7%
	Lawton 6,2%		EADG 6,1%	GDS 6%	EADG 6,7%		
			Nomemori 4,9%	Nomemori 3,9%	GDS 1,4%		
			SPMSQ 2,9%	CGS 1,5%			
				SPMSQ 1,2%			
				Barthel 1,7%			

(Continuación)

TABLA 10.51

Resumen del porcentaje de varianza explicada en los análisis de regresión múltiple según grupos de edad

Variable dependiente: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD							
36-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85-89 años	90-94 años	95-99 años
Variables excluidas de las ecuaciones							
Lawton	GDS	Lawton	Lawton	EADG	CGS	EADG	Lawton
GDS	CGS	EADG	CGS	Simemori	Nomemori	GDS	EADG
CGS	Nomemori	CGS	Simemori	OARS	Simemori	CGS	GDS
Nomemori	Simemori	Nomemori	Barthel		SPMSQ	Nomemori	Nomemori
Simemori	SPMSQ	Simemori	OARS		Barthel	Simemori	Simemori
SPMSQ	Barthel	SPMSQ			OARS	SPMSQ	SPMSQ
Barthel	OARS	Barthel				Barthel	Barthel
OARS		OARS				OARS	OARS

En los sujetos de la muestra incluidos en el grupo de edad entre 36 y 64 años, la única variable influyente es la Ansiedad.

Es de destacar a nivel general la importancia del funcionamiento afectivo y de la salud percibida en la explicación de la variación de la variable dependiente independientemente de los grupos de edad.

De los aspectos cognitivos entran a formar parte de las ecuaciones aspectos o variables no relacionados con la memoria, aunque la presencia del funcionamiento cognitivo es muy escasa a la hora de explicar varianza de la variable dependiente.

En los grupos de edad entre 36-64 años, 65-69 años y 70-74 años (los más jóvenes), así como los grupos de edad más mayores (85-89 años, 90-94 años y 95-99 años) sólo el funcionamiento afectivo y la salud percibida intervienen en la explicación de la varianza de la variable dependiente.

En los tramos de edad entre 75-79 años, 80-84 años, es donde el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional tienen alguna presencia en la explicación de la variación de la variable dependiente.

Están ausentes, independientemente de la edad, las siguientes variables en la explicación de la varianza de la variable dependiente: el apoyo social y las funciones cognitivas relacionadas con la memoria.

10.13. CONCLUSIONES ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DEL FUNCIONAMIENTO AFECTIVO, SOCIAL, COGNITIVO, CAPACIDAD FUNCIONAL Y SALUD PERCIBIDA EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

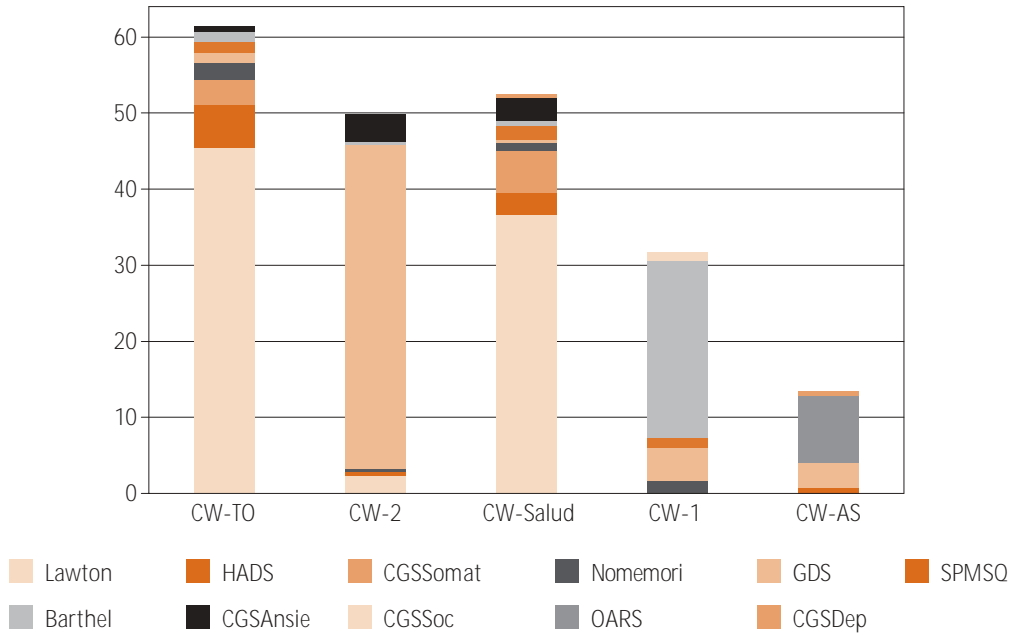
10.13.1. Muestra general

Si se agrupan las variables analizadas en los cinco grupos siguientes, según los análisis de componentes principales realizados (funcionamiento afectivo=GDS +Lawton + EADG; funcionamiento cognitivo = Nomenclari + SPMSQ; Salud percibida=CGSSomat + CGSSoc +CGSDep +CGSAnsi; funcionamiento físico=Barthel y funcionamiento social=OARS), se obtienen las siguientes conclusiones (ver Figuras 10.1, 10.2, 10.3 y 10.4):

- Independientemente del orden de inclusión de las variables, el conjunto de variables que mayor porcentaje de la variable dependiente (CW-TOT) explica en términos ajustados, son variables que miden percepciones y sentimientos y no tanto variables de tipo más objetivo, como lo son en el presente trabajo el funcionamiento cognitivo y físico. Son el funcionamiento afectivo y la percepción de salud, dentro del conjunto de variables que miden percepciones y sentimientos, las variables que mayor tanto por ciento de varianza de la variable dependiente explican. Esto ocurre tanto a la hora de explicar la varianza de la variable CW-TOT, como de la variable CW-2 y CW-Salud (las dos últimas surgidas del análisis de componentes principales, ver Capítulo 9).
- En el caso del funcionamiento afectivo, la variable que mayor porcentaje de varianza explica es la satisfacción vital (Lawton) y el nivel de depresión (GDS). Teniendo en cuenta que ambas variables tienen un $r_{xy} = .763$ en este trabajo y en general algunos autores (Montorio e Izal, 1994) las han considerado casi como variables antónimas, podemos concluir que un estado afectivo de plenitud o no, explica una gran parte de la calidad de vida relacionada con la salud.
- La segunda variable que mayor porcentaje de varianza explica es la salud percibida. Dentro de la misma, los sentimientos de ansiedad y tristeza, pero especialmente la existencia de síntomas somáticos (CGSSomat), son las subvariables más importantes. De aquí se desprende la importancia del control de síntomas y signos relacionados con las enfermedades que en general padece con más frecuencia este sector de población.
- El funcionamiento cognitivo, en contra de lo que en un principio se podía presuponer, explica muy poco porcentaje de varianza y además la variable Simemori (funciones cognitivas directamente relacionadas con la memoria) no entra a formar parte de los ARM realizados con toda la muestra de sujetos.
- En el caso del CW-1 y del CW-AS son las variables más directamente relacionadas con la variable dependiente, es decir, el funcionamiento físico (Barthel) y el apoyo social (OARS), respectivamente, aquellas que mayor parte de la varianza explican. En el caso del funcionamiento físico CW-1, es la ejecución de actividades de vida diaria y no la percepción de salud la variable que más varianza explica, en este caso.

FIGURA 10.1

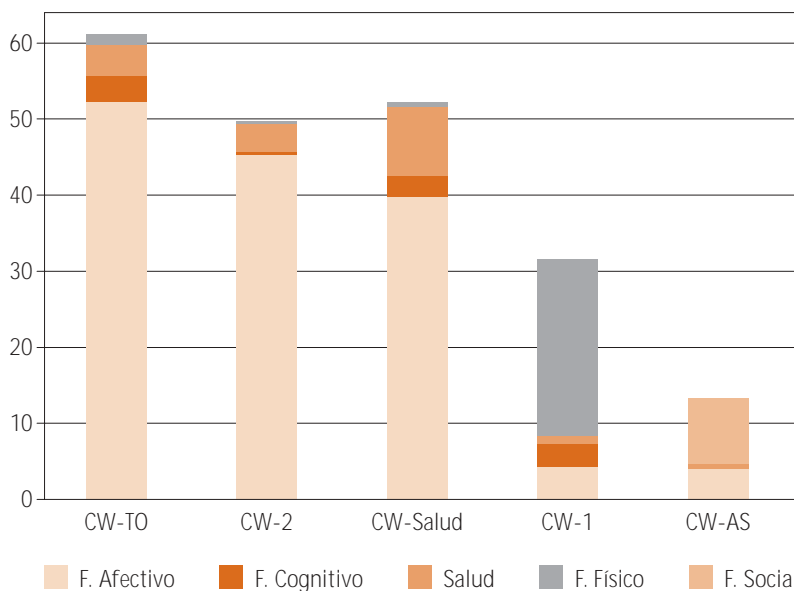
Porcentaje de varianza de la CW explicada en los análisis de regresión múltiple



	CW-TOT	CW-2	CW-Salud	CW-1	CW-AS
CGSDep	0	0	0,4	0	0,6
OARS	0	0	0	0	8,7
CGSSoc	0	0	0	1,1	0
CGSAnsie	0,7	3,6	3,1	0	0
Barthel	1,4	0,4	0,6	23,3	0
SPMSQ	1,3	0	1,9	1,3	0
GDS	1,4	42,7	0,4	4,3	3,4
Nomemori	2,2	0,3	1	1,7	0
CGSSomat	3,3	0	5,6	0	0
HADS	5,6	0,6	2,8	0	0,7
Lawton	45,5	2,3	36,7	0	0

FIGURA 10.2

Porcentaje de varianza explicada según áreas de evaluación de la CW en los análisis de regresión múltiple



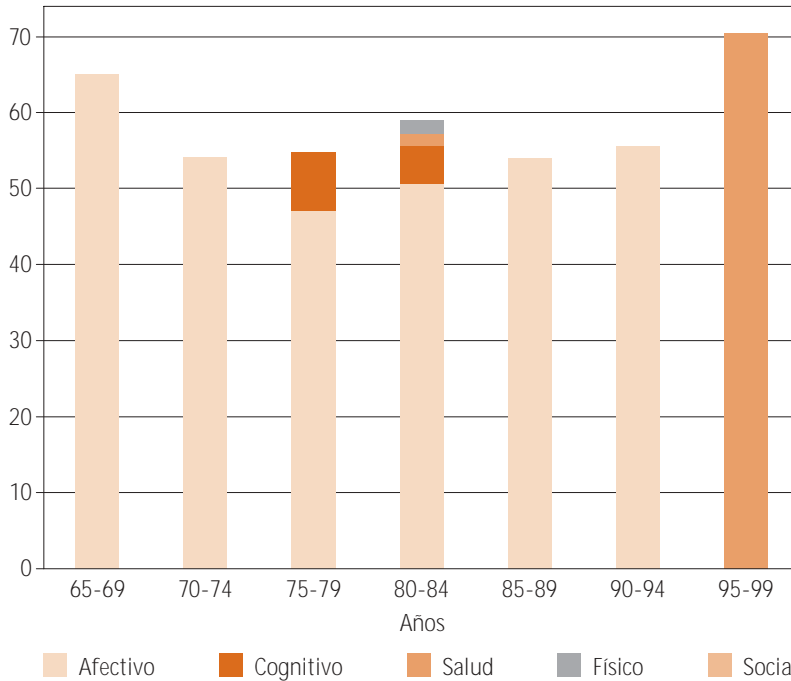
	CW-TOT	CW-2	CW-Salud	CW-1	CW-AS
F. Social	0	0	0	0	8,7
F. Físico	1,4	0,4	0,6	23,3	0
Salud	4	3,6	9,1	1,1	0,6
F. Cognitivo	3,5	0,3	2,9	3	0
F. Afectivo	52,5	45,6	39,9	4,3	4,1

10.13.2. Según edades

- El funcionamiento afectivo es el que mayor porcentaje de la varianza de la variable dependiente explica, sin tener en cuenta el orden de inclusión de las variables.
- En los tramos de edad más jóvenes, 36-64 años y 65-69 años, sólo el funcionamiento afectivo explica la totalidad de la varianza de la variable dependiente (CW-TOT).
- El funcionamiento cognitivo explica porcentaje de varianza en los tramos de edad entre 75 y 89 años. En tramos de edad inferiores o superiores, el funcionamiento cognitivo no explica variación de la calidad de vida relacionada con la salud.

FIGURA 10.3

Porcentaje de la varianza explicada según áreas de valoración y edades de la CW



	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99
Social	0	0	0	0	0	0	0
Físico	0	0	0	1,7	0	0	0
Salud	0	0	0	1,5	0	0	70,7
Cognitivo	0	0	7,8	5,1	0	0	0
Afectivo	65,3	54,3	47,2	50,8	54,2	55,8	0

- La salud percibida explica varianza en los tramos superiores a 70 años y especialmente en los muy mayores. La calidad de vida relacionada con la salud está explicada por la percepción de salud y especialmente por el funcionamiento afectivo.
- En el caso de los tramos más jóvenes de edad, es decir, entre 36 y 64 años, es la variable EADG, que mide nivel de ansiedad. Es necesario aclarar que estos individuos viven en centros gerontológicos por diversos motivos (expositos, minusvalías, enfermedades físicas de carácter crónico, daño cerebral adquirido, etc.) y por problemática social añadida, sin ser mayores.
- El funcionamiento cognitivo explica el mayor porcentaje de varianza de la calidad de vida relacionada con la salud en el tramo de edad entre 75-79 años, que es además cuando el mal funcionamiento cognitivo se suele expresar clínicamente. La varianza explicada por el funcionamiento cognitivo (que no tiene que ver con la memoria, es decir, la variable NOMEMORI) disminuye paulatinamente y a partir de los 90 años desaparece.

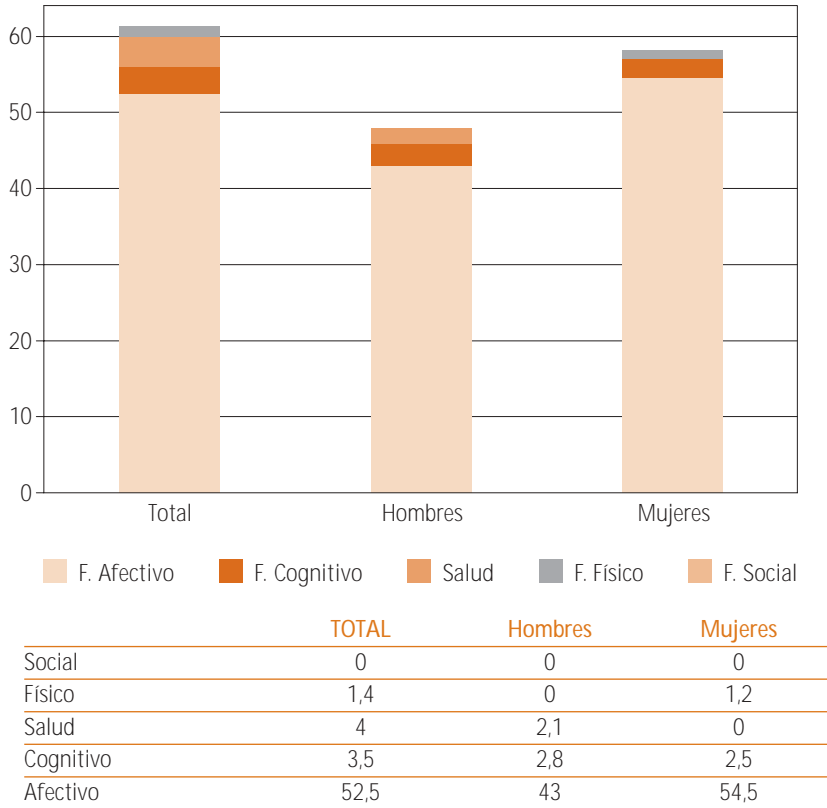
- Dentro del funcionamiento afectivo, en los tramos de edad más bajos es el nivel de ansiedad (EADG) el que más parte de la varianza de la calidad de vida explica. En los tramos de edad entre los 70 y los 79 años, es el nivel de depresión (GDS), y en los tramos de edad más elevados, la satisfacción vital (Lawton). Los que llegan a muy mayores parecen tener también un mejor funcionamiento afectivo.
- Importancia dentro de la percepción de salud de los síntomas somáticos, como antes también se ha recalcado.
- Destacar la ausencia de ciertas variables de las ecuaciones resultantes de los análisis de regresión: Simemori (funciones cognitivas directamente relacionadas con la memoria), el apoyo social (OARS) el CGSSoc (disfunción social) y la capacidad de ejecución de actividades de vida diaria (Barthel).
- La explicación de la calidad de vida relacionada con la salud es diferente según la edad de los individuos, lo que tiene claras implicaciones en las intervenciones a realizar con los diversos sujetos.

10.13.3. Según género

- Tanto para hombres como para mujeres el funcionamiento afectivo explica la mayor parte de la varianza de la calidad de vida relacionada con la salud.
- Ni el apoyo social ni la disfunción social entran a formar parte de las ecuaciones de estos análisis de regresión.
- Existen diferencias según género:
 - Varones: El funcionamiento afectivo explica la mayor parte de la varianza de la variable dependiente, seguido por el funcionamiento cognitivo (no relacionada con la memoria) y los síntomas somáticos.
 - Mujeres: En el caso de las mujeres, entran a formar parte de la ecuación todas las variables medidas excepto el apoyo social y la variable SIMEMORI.
- Lo anteriormente señalado, supone que la calidad de vida relacionada con la salud tiene una explicación menos compleja en cuanto a número de variables interactuantes en los hombres que en las mujeres. Las intervenciones de aquí derivadas deben tener en cuenta esta mayor complejidad del género femenino.

FIGURA 10.4

Porcentaje de la varianza explicada de la CW según género



MODELO ESTRUCTURAL EXPLICATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Capítulo 11

11.1. INTRODUCCIÓN

En el presente Capítulo se pretende estudiar las relaciones de causalidad entre las diversas variables objeto de estudio a lo largo del presente trabajo, a través de tres fases principales:

- Especificación del modelo: Se definirá un modelo causal fundamentado teóricamente en la parte teórica del presente trabajo. Se trata de esquematizar la realidad, seleccionando las variables más relevantes, las que mejor explican el fenómeno objeto de estudio, basándonos en los análisis y conocimiento adquirido.
- Estimación de parámetros: Es decir, averiguación de los coeficientes que representan las relaciones entre las variables a través del programa LISREL, en este caso.
- Evaluación del modelo: Mediante pruebas "ad hoc" se evaluará el ajuste del modelo a los datos empíricos.

11.2. ESPECIFICACIÓN DEL MODELO

Para fundamentar teóricamente el modelo se ha utilizado tanto la revisión de la bibliografía como la parte de investigación realizada en este trabajo y especialmente los Capítulos en los que se han realizado los análisis factoriales (análisis de componentes principales) y los análisis de regresión múltiple. Así pues se han tenido en cuenta a la hora de realizar el modelo los siguientes aspectos:

- Importancia de las variables incluidas en el funcionamiento afectivo (Lawton, EADG y GDS) y en la percepción de salud en los análisis de regresión múltiple a la hora de explicar la varianza de la variable dependiente (la calidad de vida relacionada con la salud). Además, como se ha visto en la revisión de la literatura efectuada en la parte introductoria de este trabajo, tanto el funcionamiento afectivo como la salud percibida determinan la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores.

A la hora de tratar el funcionamiento afectivo se ha tomado otra decisión importante trabajándose en el modelo dos partes diferenciadas del mismo: por un lado la variable latente que se denominará "F. Afect" (Funcionamiento afectivo) conformada por el GDS y el EADG, y por otra la variable latente "Satisfacción vital" conformada por la variable "Lawton". De esta manera se ha querido descomponer en el modelo teórico una parte más emocional-afectiva (variables GDS y EADG) y una parte emocional-cognitiva, que aunque obviamente está relacionada con los sentimientos, tiene una mayor parte de elaboración cognitiva (de racionalidad) que es la variable Lawton.

Respecto a la salud percibida y sus diversos componentes se ha optado, tal como se hizo en los análisis de regresión (ver Capítulo 10), por utilizar una medida única de dicha variable, en aras de la claridad y simplicidad del modelo.

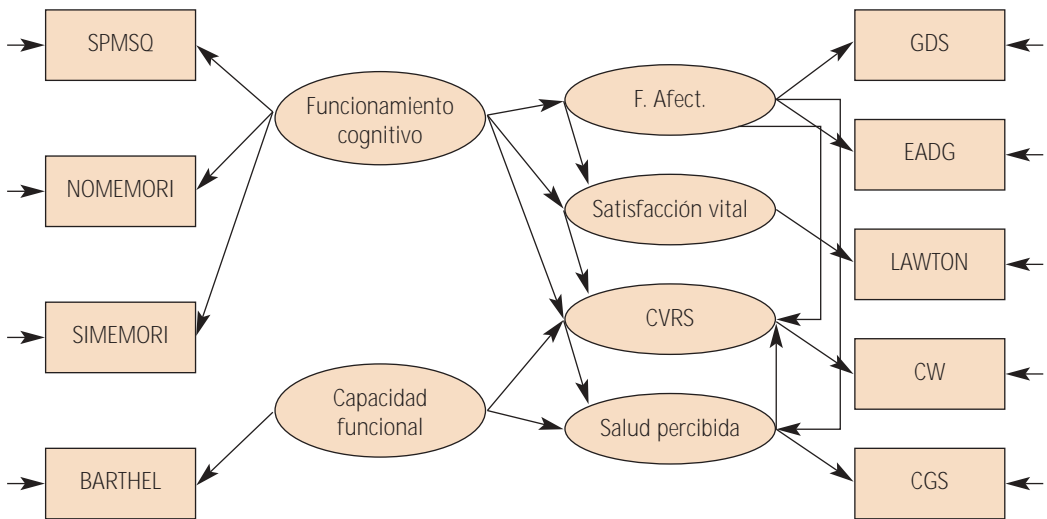
- Respecto a las variables relacionadas con el funcionamiento cognitivo del sujeto se han utilizado los dos factores surgidos del análisis de componentes principales (Simemori y Nomemori) y la variable SPMSQ, tal como se utilizaron en los análisis de regresión múltiple.
- Inclusión en el modelo de la variable Barthel, que mide capacidad de ejecución de AVDs, que es, como ha quedado recogido a lo largo del presente trabajo, una de las variables más relacionadas con la capacidad de los sujetos de adaptarse con su medio e interactuar con él.
- Se ha incluido obviamente la variable COOP-WONCA como una variable latente, que funcione como variable explicada, si es que hablamos en términos de análisis de regresión. El modelo que se presenta pretende, y éste es su principal objetivo, describir las relaciones causales de las variables estudiadas a la hora de incidir sobre la calidad de vida relacionada con la salud.
- Por último no se ha introducido la variables OARS en este modelo estructural. Esta decisión ha sido tomada en base a la nula influencia de la misma a la hora de explicar la varianza de la calidad de vida relacionada con la salud en los análisis de regresión efectuados tanto para toda la muestra, como cuando se han realizado análisis de regresión por género o grupos de edad.

A partir de este modelo se han efectuado diferentes estimaciones de parámetros, evaluaciones de ajuste y estudio teórico de las sugerencias que hace el programa LISREL para lograr un mejor ajuste "numérico".

Tras este proceso el modelo final es el siguiente:

FIGURA 11.1

Modelo estructural inicial



A partir del modelo inicial se han obtenido dos variables latentes, "Funcionamiento cognitivo" y "F. Afect.", que se definen en base a varias variables observadas como se refleja en la Figura 11.1. Para

poder trabajar y ajustar nuestro modelo, hemos definido variables latentes que provienen de una única variable observada (Tabla 11.1).

TABLA 11.1

Clasificación de las variables observadas y latentes en el modelo estructural inicial

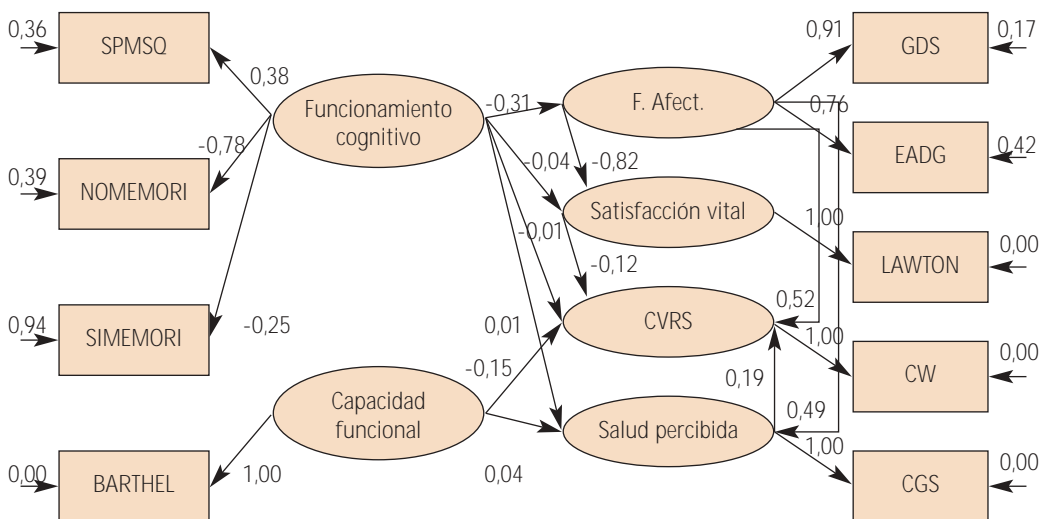
VARIABLES OBSERVADAS	VARIABLES LATENTES
SPMSQ NOMEMORI SIMEMORI	Funcionamiento Cognitivo
BARTHEL	Capacidad funcional
GDS EADG	Funcionamiento Afectivo
LAWTON	Satisfacción Vital
CGS	Salud Percibida
CW	Calidad de vida relacionada con la salud

11.3. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS

Como puede observarse en la Figura 11.2, los parámetros obtenidos son:

FIGURA 11.2

Parámetros estimados del modelo estructural



Chi-Square=35,49; df=16; P-value=0,00341, RMSEA=0,050

11.3.1. Variables latentes que funcionan como independientes

- Funcionamiento cognitivo: Variable compuesta por tres indicadores que influyen sobre ella con pesos diferentes: el SPMSQ y el factor NOMEMORI (derivado del análisis de componentes principales) tienen un peso muy parecido (aunque con signos diferentes debido al tipo de medición efectuada en la recogida de datos), mientras que el factor SIMEMORI tiene un peso muy inferior.
- Capacidad funcional: Variable formada únicamente por la variable Barthel.

11.3.2. Variable latentes que funcionan como dependientes

- F. Afect.: Formada por GDS con un peso de 0,91 y EADG con un peso de 0,76.
- Satisfacción vital: Formada por la variable Lawton.
- CVRS (Calidad de vida relacionada con la salud): Formada por la variable CW (dependiente en los análisis de regresión).
- Salud percibida: Formada por la variable CGS.

11.3.3. Efectos de las variables latentes

- F. Afect: Sobre esta variable latente ejerce influencia el factor "Funcionamiento cognitivo" (0,31) y a su vez ésta ejerce influencia sobre la variable "Satisfacción vital" (-0,82 el sentido negativo está dado por la forma de medición), "Salud percibida" (0,49) y "CVRS" (0,52) de manera directa.
- Satisfacción vital: Ejerce en esta variable influencia la variable "Funcionamiento cognitivo" (-0,04), la variable "F. Afect." (-0,82) y la variable "Salud percibida" (-0,04). Ejerciendo ella a su vez influencia en "CVRS" (0,12).
- Salud percibida: Ejercen influencia "Funcionamiento cognitivo" (0,0058), "Capacidad funcional" (0,036) y "F. Afect." (0,49).
- CVRS (Calidad de vida relacionada con la salud): Ejercen influencia "Funcionamiento cognitivo" (-0,067), "Capacidad funcional" (-0,15), "Salud percibida" (0,19); "Satisfacción vital" (-0,12) y "F. Afect." (0,52).
- Las ecuaciones son las siguientes (Tabla 11.2):

TABLA 11.2

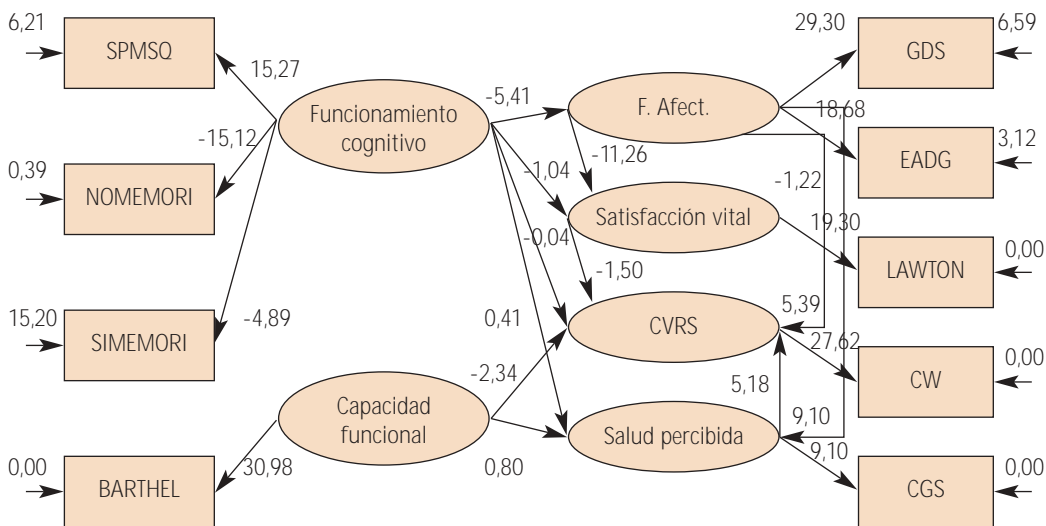
Ecuaciones derivadas del modelo estructural

Variable latente (dependiente)	Variables latentes (independientes)	Error de varianza	R ²
SATISFACCIÓN VITAL	- 0.82*F. Afectivo - 0.042*Salud percibida - 0.036*Funcionamiento cognitivo	0.27	0.73
CVRS (CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD)	0.52*F. Afectivo - 0.12*Satisfacción vital + 0.19*Salud percibida - 0.0067*Funcionamiento cognitivo - 0.15*Capacidad funcional	0.41	0.59
SALUD PERCIBIDA	0.49* F. Afectivo + 0.0058*Funcionamiento cognitivo + 0.036*Capacidad funcional	0.76	0.24
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO	0.31*Funcionamiento cognitivo	0.90	0.096

Se han valorado también los valores de la t de Student que se emplean para analizar la significatividad de los coeficientes de correlación. Los valores de t más altos implican una relación más fuerte entre las variables citadas. En la Figura 11.3 se han introducido dichos valores:

FIGURA 11.3

Valores t de Student empleados para analizar la significatividad de los coeficientes de correlación



11.4. EVALUACIÓN DEL AJUSTE DEL MODELO

Los coeficientes de determinación de las ecuaciones del modelo se presentan en la Tabla 11.3. Las variables incluidas explican el 59% de la varianza de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), considerando el modelo satisfactorio en cuanto al poder explicativo de las variables.

Los indicadores de ajuste del modelo son los siguientes (Tabla 11.3):

TABLA 11.3

Coeficientes de determinación e indicadores de ajuste del modelo estructural

INDICADOR	RESULTADO
Chi-cuadrado	35,49
Grados de Libertad	16
Significatividad	0.00341
GFI	0.98
AGFI	0.95
PGFI	0.35
PNFI	0.44

El indicador chi-cuadrado contrasta la hipótesis de ajuste perfecto entre la matriz de varianza-covarianza observada y el modelo propuesto, aceptándose la hipótesis nula; nuestros datos se ajustan perfectamente al modelo propuesto.

Por otro lado los indicadores de bondad del ajuste también son satisfactorios, ya que el GFI y AGFI son iguales o superiores a .95. Por otra parte, también es aceptable el incremento del ajuste comparado con el modelo de independencia.

Se quiere hacer constar que este modelo que se ajusta a nivel matemático es un modelo utilizable en la práctica de la Psicogerontología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Capítulo 12

Uno de los objetivos principales sobre los que se articula el trabajo empírico de esta investigación es el describir el funcionamiento cognitivo, social, afectivo, la percepción de salud, la ejecución de actividades de vida diaria y la calidad de vida relacionada con la salud de la población mayor que vive en Centros gerontológicos. Se ha entendido necesario delimitar descriptivamente, en un primer momento, el campo de estudio, ante la insuficiencia de datos contrastados, más si cabe en contextos residenciales donde la heterogeneidad de la población, debida tanto a las intrínsecas diferencias existentes en el colectivo de las personas mayores como a que los sujetos incluidos en contextos institucionales acceden a los mismos a través de sistemas de clasificación de usuarios muy diferenciados, es muy evidente.

12.1. DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO, SOCIAL, AFECTIVO, PERCEPCIÓN DE SALUD, EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

12.1.1. Funcionamiento cognitivo

En lo relativo al funcionamiento cognitivo, de los 811 sujetos que componían la muestra escogida, 311 fueron eliminados al tener una puntuación inferior a 20 puntos en la prueba que evalúa el deterioro cognitivo (Folstein, Folstein y McHugh, 1978; Lobo *et al.*, 1979) y, por tanto, no ser fiable la información obtenida de los mismos. De los 500 sujetos restantes, 336 (69,3%) muestran intacto su funcionamiento cognitivo, mientras que 117 (23,4%) se situarían en la categoría de deterioro cognitivo leve y el resto son los que han sido considerados como casos atípicos (ver Capítulo 10, apartado 10.2). Así pues, del total de la muestra con la que se comenzó este estudio, el 58,56% presenta algún tipo de deterioro cognitivo y el 41,43% no lo presenta. En general los resultados encontrados coinciden esencialmente con diversos estudios si se tienen en cuenta la habitual heterogeneidad respecto a los datos de prevalencia de deterioro cognitivo y/o demencia (Fernández-Ballesteros y Díez Nicolás, 2001; Lobo, Saz, Marcos y Gzempp, 1997; Bermejo, Rivera y Trincado, 1998; Bermejo, Vega y Olazarán, 1998; Fratiglioni, Launer y Andersen, 2000; López-Pousa, Vilalta y Llinás, 1995). Como se ha destacado en la parte teórica de este estudio, los datos epidemiológicos revelan diferencias muy notables: la prevalencia de la demencia en mayores de 65 años fluctúa entre un 2,5 y un 16% en el caso de estudios internacionales; en estudios españoles, y sobre muestras más reducidas, la prevalencia se sitúa entre un 5,2 y un 16,3% (Fernández-Ballesteros y Díez, 2001). Las diferencias encontradas entre los diversos estudios mencionados y los resultados obtenidos en este estudio pueden ser debidas entre otras cuestiones al diagnóstico, a las pruebas empleadas para la valoración de los sujetos (Bermejo, 2001), así como a la distinta organización tanto política como administrativa de los servicios sociales y sociosanitarios dentro del Estado español, que deviene en un mosaico muy desigual de tipologías de usuarios en centros, supuestamente, de similares características. Lo anteriormente reseñado ha sido también comprobado con otros estudios realizados en diversos países (Colsher y Wallace, 1991; Jorm, 1990; Jorm, Korten y Henderson, 1987).

El rendimiento de los sujetos analizados en las diversas pruebas es necesariamente diferente según la función cognitiva específica evaluada (memoria, orientación, lenguaje, atención, cálculo, , etc.), apreciándose la influencia de variables como el nivel de instrucción, que afectan al rendimiento del funcionamiento cognitivo general (a mayor nivel de instrucción mejor rendimiento cognitivo), lo que es no sólo esperable, sino congruente con otros estudios realizados tanto en nuestro país (López-Pousa *et al.*, 1995; Bermejo, 2001) como los realizados en el contexto europeo (Copeland, McCracken y Dewey, 1999; Fratiglioni *et al.*, 2000). Ciñéndonos a esta investigación se han encontrado diferencias que afectan al rendimiento obtenido por los sujetos según su nivel de instrucción en memoria reciente, orientación, lenguaje, atención y cálculo, y no así en memoria inmediata. En lo relativo a otras variables como son el género y la edad los resultados de nuestro estudio son coincidentes en general con los hallados por otros (Fratiglioni *et al.*, 2000; Bermejo, Alom y Peña-Casanova, 1994; Bermejo y Berbel, 1998) donde la prevalencia de trastornos cognitivos es mayor en mujeres que en hombres y aumenta con la edad. Las diferencias según género son ligeramente más acusadas, en nuestro caso, en concentración, cálculo y orientación; mientras que en memoria reciente e inmediata y lenguaje son muy similares. Como antes se ha comentado, esta situación probablemente se deba a que en las muestras recogidas en Centros gerontológicos influyen diversas circunstancias, como normativa de acceso, ámbito geográfico, nivel socioeconómico, situación en el medio, etc., que tienden a sobredimensionar la existencia de patologías concretas (deterioro cognitivo, depresión, etc.) haciéndolas exclusivamente representativas de este tipo de centros, por otra parte esenciales en la atención a las personas mayores.

12.1.2. Funcionamiento afectivo

En lo que se refiere al funcionamiento afectivo y especialmente a la depresión, se han encontrado tasas de prevalencia que podríamos calificar de notorias: el 36,4% de las 500 personas que componen la muestra superan el punto de corte de la prueba utilizada para la evaluación de la depresión y, de éstos, el 14,8% estarían incluidos en la categoría de depresión grave con un punto de corte utilizado de "GDS=11". Existe un mayor nivel de prevalencia en nuestro estudio si lo comparamos con investigaciones internacionales con muestras de la comunidad (Regier *et al.*, 1988; Koenig y Blazer, 1992; Gallagher-Thompson, 1983), aunque más acordes con algunos de los estudios realizados en nuestro país (Franco y Monforte, 1996). De cualquier manera conviene resaltar la disparidad de datos existentes en cuanto a la epidemiología de la depresión, ya que la prevalencia oscila entre un 14% (Lobo, Ventura y Marco, 1990) y un 70% (Rojas *et al.*, 1991).

Diversos factores pueden explicar la tasa alta de prevalencia encontrada en nuestro estudio, como son:

- La tendencia a derivar casos de asistencia hospitalaria y casos de pacientes psiquiátricos crónicos a los centros residenciales para personas mayores (Ames, 1991).
- Sentimiento de abandono que suelen tener las personas mayores que viven en centros residenciales (Rojas, 1991).
- Dificultades económicas; alejamiento de su red social habitual; el propio efecto de la institucionalización; adaptación a nuevas normas; cambios en los estilos de vida con incremento del nivel de

estrés (Ribera, Reig y Miquel, 1988); falta de objetivos y actividades (Godlove, Richard y Rodwell, 1982) e incremento de autopercepciones negativas sobre la salud (Ribera y cols., 1988).

- El último factor que puede explicar la tasa de prevalencia tan alta encontrada puede ser debida a cuestiones metodológicas del presente estudio. La prueba utilizada para la medición de la depresión es una prueba de cribaje, para la que se han generado diversos puntos de corte (Montorio, 1994; Montorio e Izal, 1996; Ramos, Montejo y Lafuente, 1991; Salamero y Marcos, 1992) que obviamente confieren a la prueba de diversos niveles de especificidad y sensibilidad. En nuestro caso el punto de corte utilizado es de 11, que aun no siendo el propuesto en la escala original (Brink *et al.*, 1982; Sheikh y Yesavage, 1986) que era de 14 puntos, ha sido ampliamente utilizado (Montorio, 1994). Teniendo en cuenta, como antes se ha manifestado, que se trata de una prueba de cribaje y empleando el criterio de "GDS=14" como depresión "bastante probable" y el de "GDS entre 11 y 14 puntos" como "depresión posible" donde se incluirían casos subclínicos y clínicos se desprende que un 30,1% de la muestra obtiene una puntuación de "GDS>11" y que un 18,9% obtiene una puntuación de "GDS> 14". Los datos de prevalencia encontrados, aun siendo muy superiores a los de población general (Ganzini, Smith, Fenn y Lee, 1997; Rojano, Calcedo y Calcedo, 1993), son relativamente coincidentes con otros estudios realizados en el Estado español (Franco y Monforte, 1996; Lobo, Ventura y Marco, 1990), teniendo siempre en cuenta la importante variación existente en las tasas de prevalencia de depresión en los estudios epidemiológicos. De lo anteriormente reseñado se derivan dos cuestiones principales: la primera es, nuevamente, la constatación de la importancia de la depresión en la población mayor que vive en centros residenciales; la segunda, el hecho de que los casos subclínicos pasarían inadvertidos y no serían objeto de intervención.

En nuestro estudio la puntuación de las mujeres respecto a los hombres es superior en un 7,7% , lo que es coincidente con la mayor parte de los estudios antes mencionados. También se ha constatado tanto en el estudio de las interrelaciones entre diferentes áreas del funcionamiento como en el estudio de la influencia de diversos factores sociodemográficos en las áreas evaluadas la importancia de la asociación ($F = 9,862$; $F. Prob < .05$) entre eventos estresantes y depresión (a mayor presencia de eventos estresantes mayor nivel de depresión) y con estilos de vida (estilos de vida más saludables implica una menor tasa de depresión), que en este estudio se han caracterizado a partir de las actividades de tiempo libre que realizan los sujetos.

Respecto al nivel de ansiedad, el 25% de los sujetos evaluados obtienen puntuaciones superiores al punto de corte de la prueba utilizada para la valoración de la ansiedad. Éstos, son muy superiores a los encontrados en otros estudios (Nuevo, 2000; Flint, 1994). En el caso de Flint (1994) se encontró en una revisión de estudios epidemiológicos sobre ansiedad en personas mayores que los distintos estudios analizados presentaban porcentajes de trastornos que oscilaban entre el 0,7 y el 18,6% para todos los trastornos de ansiedad. Comparando los datos con los obtenidos por Nuevo (2000), que encontró que un 16,5% de las personas cumplían criterios diagnósticos del DSM-IV para algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo y el 11,3% cumplía criterios para el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad, se observa que las diferencias son importantes. Algunas razones que explican las diferencias pueden ser:

- Principalmente las distintas pruebas de evaluación utilizadas, que en este estudio era el EADG (Goldberg, Bridges, Dunkan-Jones *et al.*, 1986), que es una prueba de cribaje, mientras que en el estudio de Nuevo (2000) se administraron diversas pruebas relativas tanto a aspectos centrales de la preocupación, como a constructos que teóricamente se relacionan con la preocupación como la ansiedad-rasgo.
- Secundariamente a diferencias propias de las distintas muestras. La muestra de este estudio es una submuestra de una muestra poblacional procedente de cuarenta y tres Centros gerontológicos residenciales de la Comunidad Autónoma Vasca, mientras que la del estudio citado (Nuevo, 2000) procede de la Comunidad y es además mucho más específico en el análisis de la ansiedad en la vejez.

Conjuntamente con todo lo anterior, y como han recalcado diversos autores (Flint, 1994; Nuevo, 2000; Himmelfarb y Murrell, 1984) los trastornos de ansiedad son un problema clínico de gran relevancia entre la población mayor, cuestión que queda sobradamente demostrada también en esta investigación.

No obstante, se aprecia en nuestros datos un marcado contraste entre hombres (cuya puntuación media obtenida es de 2,87) y mujeres (cuya media obtenida es de 4,28), que concuerda en términos generales tanto con el estudio de Flint (1994), como con el de Nuevo (2000) realizado en nuestro país. Es necesario señalar que es una constante en la investigación epidemiológica de los problemas psicológicos con personas mayores encontrar menores tasas de prevalencia que en personas más jóvenes y, a su vez, una elevada sintomatología de diversos problemas clínicos en un nivel subclínico (Sheik, 1996), si bien en este estudio no han sido analizados.

Asimismo se ha encontrado que las personas que experimentan mayores niveles de ansiedad han sufrido mayor número de eventos estresantes evidenciado a través de los análisis univariantes de la varianza ($F=10,8$; $F.Prob>.01$), de tal forma que a mayor número de eventos estresantes mayor nivel de ansiedad, así como en función del nivel de satisfacción ($F=39,729$ y $F.Prob. < .001$) con las actividades que realiza, en la línea de que a mayor nivel de satisfacción con las actividades implica menor nivel de ansiedad.

En lo que se refiere a la satisfacción vital, la puntuación media obtenida por los sujetos es de 9,4, menor que la obtenida en el estudio de la construcción de la escala (Lawton, 1972) realizado con muestras institucionales y comunitarias, pero, a su vez, mayor que la del estudio de Montorio (1990), que al igual que la muestra de este estudio se ha realizado en Residencias para personas mayores.

Se observan marcadas diferencias en la satisfacción vital según género (los hombres alcanzan una puntuación media de 10,19, mientras que las mujeres obtienen una media de 8,97), presencia o no de eventos estresantes (a más eventos estresantes menor satisfacción) y estilos de vida (estilos de vida más saludables implica mayor satisfacción). En general estos resultados son congruentes con otros estudios y revisiones realizadas (García y Hombrados, 2002). Dentro de los diversos ítems que componen la escala utilizada hay que anotar que es el "sentimiento de utilidad" el ítem de menor satisfacción, con un 70,8% de respuestas negativas, seguido del ítem "felicidad actual en comparación con la juventud", con un 61,2% de respuestas negativas, y el ítem denominado "nivel de dificultad que pone

la vida" (62,2% de respuestas negativas). Se han encontrado diferencias importantes respecto al género y al estado civil que seguidamente se analizan. En el caso de la variable género, se aprecia un mayor nivel de insatisfacción para las mujeres, que concuerda básicamente con otros estudios realizados por Rubio y otros (Rubio, Aleixandre, Villaverde, Cabezas y Castellón, 1997), por ejemplo. En el caso del estado civil, las personas divorciadas y casadas son las que mayor satisfacción vital tienen, disminuyendo en viudos y solteros. Estos hallazgos en nuestra investigación coinciden con otros estudios clásicos en el caso de las personas casadas, pero no así para las personas separadas y divorciadas, que en nuestra muestra obtienen los valores más altos, juntamente con las personas casadas (Wan y Livierats, 1978; Pinhlblad y Adams, 1972; Neugarthen, Havighust y Tobin, 1961). Estas diferencias pueden ser explicadas desde una perspectiva transcultural (Ikels y Beall, 2001), al no existir comparación de estas medidas en nuestro medio y las situaciones relacionadas con separación y divorcio sean diferentes, así como temporal, debido a las diferencias de tiempo con los que se han realizado los estudios (Alwin y Campbell, 2001).

12.1.3. Funcionamiento social

En lo relativo al funcionamiento social y, más concretamente, a la percepción de apoyo social, y siguiendo las categorías extraídas de la escala utilizada, hay que destacar que un 31% de la misma cree tener excelentes o buenos recursos sociales, un 48% observa un ligero o moderado deterioro de sus recursos sociales y el 21% restante se coloca en la categoría de recursos sociales bastante o muy deteriorados. En general, la percepción de apoyo social de las personas de nuestra muestra es claramente inferior a la encontrada en otros estudios (Roure, Reig y Vidal, 2002; Alamo, Artilles, Santiago, Bernal, Aguiar y Gómez, 1999; Bellón, Delgado, De Dios y Lardelli, 1996; De la Revilla, Bailón, De Dios, Delgado, Prados y Fleitas, 1991). Probablemente se deba a que las personas que viven en residencias parten de un nivel de apoyo social real y percibido más bajo, que incluso puede ser una de las causas de ingreso en instituciones (Krause, 2001). Así el 31% de los sujetos de la muestra correspondiente a este estudio habían ingresado en los diversos centros gerontológicos por problemas de soledad y otro 13% por falta de familia para su cuidado.

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden parcialmente con los de otros estudios (Bellón *et al.*, 1996; Alamo *et al.*, 1999; Roure, Reig y Vidal, 2002), en los que se manifiesta la importancia del apoyo afectivo y confidencial, aunque en nuestro caso se agrega la importancia de la percepción de apoyo y el apoyo instrumental, que los estudios anteriores no nombran, aunque aparece claramente manifestados en otros (Silberstein, 1997; Astedt-Kurki, Lenhti, Paunonen y Paaviliane, 1999; Rubio, Cabeza, Aleixandre y Fernández, 1998; Ubeda, 1995).

12.1.4. Actividades de la vida diaria

La dependencia es sin duda alguna uno de los retos más importantes que tiene la Gerontología en estos momentos. En los últimos años se han elaborado numerosos informes desde diversos organismos internacionales sobre la importancia de este fenómeno y su influencia presente y futura en el

desarrollo de las sociedades avanzadas (OCDE, 1993; OCDE, 1994). A su vez, diversos autores tanto extranjeros (Pacolet, Versieck y Bouten, 1993; Walker, 1999) como españoles (Rodríguez y Sancho, 1995; Leturia, Yanguas y Leturia, 1999; Rodríguez Cabrero, 1999) han recalcado la importancia de la misma desde sus múltiples dimensiones.

De manera genérica, los estudios epidemiológicos definen la dependencia como la limitación del individuo para llevar a cabo sus actividades cotidianas esenciales. La mayoría de ellos tratan de evaluar, concretamente, las áreas de mantenimiento propio, mantenimiento del hogar y movilidad, aunque éstas no deberían ser las únicas áreas a tener en cuenta (Montorio, 1999). De la muestra escogida para este estudio, el 40,1% de los sujetos se muestran independientes para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria, el 17,1% de la muestra es capaz de realizar independientemente nueve de las 10 actividades de vida diaria propuestas y un 9,8% más de la muestra es capaz de realizar independientemente ocho de las 10 actividades de vida diaria propuestas; finalmente, el 29% es capaz de realizar siete o menos de las actividades de vida diaria propuestas. Aunque los datos de prevalencia varían significativamente entre los de este estudio y otros realizados en contextos residenciales como el que lleva por título "Atención a personas mayores en Residencias" (AA.VV., 2000), en el cual, y utilizando la misma escala, un poco más del 20% de las personas institucionalizadas presentan altos índices de incapacidad y el 25% de los sujetos son independientes para realizar todas las actividades básicas de vida diaria. Estas diferencias pueden ser debidas a factores normativos relacionados con los requisitos de ingreso en los Centros gerontológicos, que varían enormemente, así como por la necesidad de que los sujetos incluidos en la muestra de este estudio no tuvieran deterioro cognitivo.

Conviene señalar la coincidencia con diversos estudios (AA.VV., 1997; AA.VV., 1999) en cuanto al tipo de actividad básica de vida diaria en la que recae la mayor tasa relativa de incapacidad, que es la capacidad de realizar el aseo diario, que se ajusta de manera esencial con los últimos estudios realizados en nuestro país (IMSERO, 2000; INE, 1999) como una de las causas más relevantes de ingreso en los centros residenciales. Existe asimismo concurrencia entre la ejecución de actividades de vida diaria y diversos factores demográficos entre nuestro estudio y otros realizados tanto en nuestro país (Escudero, López, Fernández, López, Ibáñez, García y Delgado, 1999; Fundación Pfizer, 2002) como a nivel internacional (Waidmann y Liu, 2000). Se observa en todos ellos un mayor índice de dependencia entre mujeres que entre hombres ($F=5,8$ y $F.Prob=.017$); mayor índice de dependencia a medida que aumenta la edad ($r=-.158$; $sig.<.001$); en lo relativo al estado civil los solteros y casados tienen un menor nivel dependencia que los viudos, y también existe una relación estadísticamente significativa ($F=3,3$; $F.Prob=.022$) entre el nivel de dependencia y los hábitos de salud.

No obstante, conviene señalar la dificultad de comparación entre los diversos estudios existentes debido principalmente a problemas metodológicos, cuestión que ha sido recalada por diversos autores a la hora de analizar las necesidades y recursos en la atención a las personas mayores (AA.VV., 2000).

12.1.5. Salud percibida

En lo referente a la salud percibida de los sujetos analizados, éstos tienen una mejor salud percibida que la reflejada en otros estudios realizados en nuestro país, incluso utilizando el mismo Cuestionario

que se ha empleado en este estudio (Lobo *et al.*, 1986; Benjamin *et al.*, 1982), y también es más positiva que la encontrada en otros contextos geográficos (Banks, 1983; Bridges y Goldberg, 1986; Goldberg y Bridges, 1987) donde las medias obtenidas por los sujetos se sitúan entre 5 y 6 puntos, mientras que en nuestro estudio es de 4,9. Sobre la base de las puntuaciones obtenidas, la subescala de salud más resaltante (con puntuaciones más elevadas indicativas de presencia de problema) es la de disfunción social (media aritmética de 1,8), seguida de la de síntomas somáticos (media de 1,3) y la de angustia-ansiedad (media de 1), siendo la subescala menos afectada la de depresión (0,76 de media).

Las puntuaciones obtenidas en la subescala de depresión contrastan vivamente con las puntuaciones encontradas a la hora de analizar el nivel de depresión de los sujetos de la muestra. Analizando las escalas utilizadas se puede observar cómo la subescala de depresión incluida en la prueba utilizada para medir la salud subjetiva consta de siete ítems, cuatro de ellos relacionados con ideas suicidas, más tres sobre falta de esperanza, sentimiento de valía y nerviosismo. Si comparamos la subescala de depresión de la prueba de salud percibida, con la escala utilizada para la valoración de la depresión se observa una sobrerrepresentación en la primera de los ítems relacionados con ideas suicidas que casi están ausentes en la prueba de depresión utilizada, y que además son los que obtienen puntuaciones más positivas. Mientras que los ítems peor puntuados en la escala utilizada para medir la depresión son el ítem 10 (sentimiento de desamparo e indefensión) con un 76,6% de respuestas negativas; el ítem 20 (posibilidad de realizar proyectos nuevos), con un 68,2%; el ítem 2 (abandono de intereses y actividades), con un 54%; los ítems 30 (autovaloración mental) y 5 (optimismo), ambos con un 44,2%; el ítem 3 (sentimiento de vacío), con un 42,2% y el ítem 21 (energía), con un 41,2% de respuestas negativas; que no encuentran representación en la subescala de depresión utilizada para medir la salud percibida.

Todo lo anteriormente comentado está relacionado con el origen de ambas pruebas de valoración, los constructos subyacentes a las mismas y las limitaciones de los instrumentos. Así, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Brink *et al.*, 1982; Sheikh y Yesavage, 1986) fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de las personas mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en la persona mayor, centrándose su contenido en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en ancianos. En cambio el Cuestionario General de Salud de Goldberg (Goldberg y Hillier, 1979) fue concebido como un método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en Psiquiatría, no sirviendo para el establecimiento de un diagnóstico clínico. Así pues las diferencias observadas entre las puntuaciones obtenidas se entienden como compatibles.

Dentro de nuestro país conviene destacar algunos estudios realizados a nivel comunitario (AA.VV., 1995; AA.VV., 1997; AA.VV., 1999), en los que aún siendo diferente el constructo de salud percibida, se llega a unos resultados, en general, bastante similares. Resumidamente, y de acuerdo con los estudios antes mencionados, las personas mayores en general gozan de una buena percepción de salud, habiendo diferencias en función del género (los hombres tienen una mejor salud percibida que las mujeres), pero, sin embargo, no de la edad como sucede en otros estudios (IMSERSO, 2000). Probablemente suceda, al igual que hemos destacado cuando analizábamos en esta discusión los resultados obtenidos para el funcionamiento afectivo, que en las personas mayores, y debido a los

cambios físicos y psíquicos típicos en el envejecimiento, las puntuaciones negativas en salud percibida sean menores debido a que los procesos de adaptación al envejecimiento minimizan la percepción de dichos cambios al ser parte de su vida cotidiana.

La escala utilizada para evaluar la percepción de salud constaba de cuatro subescalas. Dentro de estas subescalas destacan las altas puntuaciones obtenidas en dos de ellas, que son la subescala de disfunción social y la correspondiente a los síntomas somáticos, donde se observan los peores índices de salud, aunque hay que señalar que a su vez tienen las desviaciones típicas más elevadas. En general, la presencia de síntomas somáticos suele ir unida a un bajo funcionamiento afectivo, como han destacado diversos autores (Nuevo, 2000; Andrés y Bas, 1999; Montorio, 1999), hecho que queda también reflejado en nuestro estudio. Los ítems con puntuaciones más bajas están relacionados con ideas suicidas y considerarse indigno, siendo los ítems relacionados con la necesidad de tiempo, la ocupación del tiempo libre y el estado de salud en los que se observan puntuaciones más negativas. Es de destacar, no obstante, que siendo la prevalencia de la depresión mayor que la de la ansiedad en este estudio, en las subescalas de la prueba empleada para la medición de la salud percibida correspondientes a depresión y ansiedad ocurre lo contrario, de tal forma que existen mejores puntuaciones en la subescala de depresión si se comparan con las de la subescala de ansiedad. Esta situación creemos que es debido a dos cuestiones: en el caso de la depresión, a las medidas empleadas, porque mientras que la Escala de Depresión Geriátrica es una prueba específica para personas mayores, la subescala de depresión de la prueba de salud percibida está diseñada para población general; en el caso de la ansiedad sucede algo similar, la prueba utilizada para medirla (EADG) emplea profusamente los síntomas somáticos, que a la hora de medir la salud percibida tienen mayor importancia y que están incluidos en la subescala de síntomas somáticos del CHQ-28, mientras que la ansiedad está relacionada con la angustia en esta misma prueba, lo cual justificaría las diferencias.

12.1.6. Calidad de vida relacionada con la salud

La última de las variables analizadas hace referencia a la calidad de vida relacionada con la salud, concepto que se nutre de tres ejes principales: el concepto de salud, el de estado de salud y el de calidad de vida (Bergner, 1989; Badía, 1995; Lawton, 2001).

La calidad de vida relacionada con la salud es por definición multidimensional, contiene componentes objetivos y subjetivos, comprende diversos ámbitos de la vida y refleja normas culturales de bienestar (Cummins, 1999). En nuestro caso la operativización del concepto y su medición se hizo a través de una prueba que mide las siguientes dimensiones de la calidad de vida: forma física, sentimientos, dificultad en la realización de actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida.

La primera apreciación importante a realizar sobre los resultados es que la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes es buena en términos generales, aunque hay que destacar las amplias diferencias encontradas. Así, dentro de las distintas dimensiones analizadas, la puntuación más baja (interpretable como mejor calidad de vida relacionada con la salud) es la obtenida en la dimensión relacionada con la limitación en actividades sociales, que cuestiona si la salud física y esta-

do emocional percibido limitan las actividades sociales. El 70% de la muestra (350 sujetos) indica que no existe ninguna limitación y un 12% más tiene una ligera limitación. El restante 17,6% se distribuye en las categorías de la variable en orden inverso en cuanto a número de sujetos en cada una de ellas, según va aumentando el número de limitaciones para realizar dichas actividades.

En cuanto a la variable que mide si su estado emocional o de salud física ha influido en la realización de actividades cotidianas, el 58,4% (292 sujetos) de la muestra contesta que no existe influencia alguna, el 16,2% (81 personas) que la influencia es pequeña, el 12% (60 sujetos) que la influencia es moderada, mucha influencia lo señalan 51 sujetos de la muestra (10,2%) y, finalmente, perciben una influencia total el 3,2% de la muestra (16 sujetos).

Respecto a la molestia causada por sentimientos de ansiedad, depresión y tristeza el 41,8% de la muestra (209 sujetos) afirma no haber tenido ninguna molestia, 107 (el 21,4% de la muestra) afirman tener una ligera molestia y el resto de los sujetos (36,8% de la muestra) declaran tener una moderada molestia (16%), bastante molestia (16%) e intensa molestia (4,8%).

En lo relativo a la presencia de dolor el 37,4% de la muestra (187 sujetos) afirma no tener ningún dolor, 108 (21,6% de la muestra) dicen tener dolor muy leve, 94 declaran tener dolor ligero, el 14% (70 sujetos) dolor moderado y el 8,2% (41 sujetos) dolor intenso.

La siguiente dimensión que obtiene puntuaciones más altas es el apoyo social. Así, el 15,6% de la muestra (78 sujetos) cree que en caso de requerir ayuda "todo el mundo estaba dispuesto a ayudarlo", 154 (el 30,8% de la muestra) afirman "que bastante gente estaría dispuesta a ayudarlo", el 37,2% de la muestra (186 sujetos) dice que "algunas personas estarían dispuestas a ayudarlo", el 13% de la muestra cree que "alguien habría dispuesto a ayudarlo" y el 3,4% (17 sujetos) cree que "nadie en absoluto estaría dispuesto a ayudarlo".

En lo referente a la calidad de vida, 33 sujetos afirman tener una excelente calidad de vida (el 6,6% de la muestra), un 49,4% (247 sujetos) dice tener una bastante buena calidad de vida, el 35,2% de la muestra (176 sujetos) una calidad de vida normal y, finalmente, el 8,2% restante de la muestra cree tener una mala calidad de vida (7,6%) y una muy mala calidad de vida (1,2%).

Los resultados más altos (atribuibles a mala calidad de vida) corresponden a cambios en el estado de salud, donde el 68,9% de la muestra (344 sujetos) dice que su estado de salud no ha variado en las dos últimas semanas, el 16,8% (84 sujetos) ha variado a mejor y 72 sujetos (14,4%) a peor; el estado de salud general, donde 221 sujetos (44,2%) dicen que su estado de salud general es regular o malo; 215 (43%), que es bueno, y muy bueno o excelente, 64 sujetos (12,8% de la muestra). Respecto a la máxima actividad física realizada por los sujetos (variable peor valorada), el 41,2% la califican de ligera, y 118 de muy ligera (en total el 64,8% de la muestra); moderada el 22,8% (114 sujetos) e intensa o muy intensa el 12,4% de la muestra (62 sujetos).

Tanto la realización de actividad física como la percepción del estado de salud y el estado de salud, que son las dimensiones con puntuaciones más altas y por tanto las peor valoradas, están unidas a los procesos de adaptación a la vejez y al envejecimiento en las diversas esferas del individuo. Los datos empíricos existentes analizados por algunos autores (Badia, 1995; Siegrist, Broer y Junge, 1996; Spilker,

1996) y los correspondientes a diversos estudios (IMSERSO, 2000; AA.VV., 1997) confirman de manera general los datos de este estudio en el sentido de la importancia en la calidad de vida de variables relacionadas con la percepción de diferentes áreas comprometidas con la salud en el envejecimiento.

Mención especial merece el análisis de la existencia de dolor por el valor añadido que la experiencia del mismo tiene entre las personas mayores y su repercusión en las actividades de vida diaria. Las personas de la muestra que dicen tener dolor ligero, moderado o intenso son el 41%, siendo estos datos más negativos que los obtenidos por otros autores con población general (Wall y Melzack, 1994; Harkins, 1996). Hay que destacar que estas diferencias pueden deberse tanto a que cerca del 80% de la población mayor de 65 años sufre una o más enfermedades crónicas, con muy distinta gravedad, que cursan con dolor (AA.VV., 1995; AA.VV. 1997; AA.VV. 1999), como a que el deterioro asociado a la edad en los sistemas cardiovascular, músculoesquelético, gastrointestinal, respiratorio, nervioso o urinario supone en muchos casos procesos dolorosos de incapacidad funcional (AA.VV., 2001; Salgado, Guillén y Ruiperez, 2002). La gran prevalencia de enfermedades crónicas en personas mayores (AA.VV., 2000; IMSERSO, 2000) justifica los resultados encontrados tanto en lo referente a la calidad de vida relacionada con la salud, como a la salud subjetiva de los individuos de la muestra, más si cabe, si se tiene en cuenta la alta prevalencia de algunas enfermedades, como las articulares crónicas (osteo-musculares, artritis reumatoide, osteoporosis, artrosis cervical, etc.) que son una de las causas más comunes de dolor crónico entre las personas mayores (Harkins, 1996), con una alta prevalencia en población mayor institucionalizada (AA.VV., 2000; Fundación Pfizer, 2002; Fontecha, Fernández, García, Reig, Casanova, Martín y Sánchez, 2002; Guayte, 2001).

En el caso de la calidad de vida relacionada con la salud existen diferencias en cuanto a género, utilización del tiempo libre y satisfacción con el mismo, que ya habían sido encontradas en estudios previos (Reig, Cabrero y Richart, 1996; Reig y Bordes, 1995); pero no así respecto al estado civil, que sí aparece en este estudio como una variable influyente en la calidad de vida relacionada con la salud. Así, la calidad de vida relacionada con la salud es más positiva entre los hombres que entre las mujeres, mejor en las personas que realizan actividades de tiempo libre de una manera regular o lo más habitualmente posible, y mejor en las personas satisfechas con su tiempo libre. Respecto al estado civil, los sujetos casados de la muestra tienen la mejor calidad de vida relacionada con la salud, siendo en los viudos y viudas en los que se observa una peor calidad.

Teniendo en cuenta, como se resaltó en el Capítulo 5 de este Estudio, que el concepto de calidad de vida está englobado en el de calidad de vida relacionada con la salud, de tal manera que ambos constructos no serían análogos, se han encontrado diferencias entre esta investigación y el estudio denominado *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos* (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1997). Las principales diferencias se encuentran tanto en lo que se refiere a la variable edad (que en nuestro caso no tiene influencia en la calidad de vida relacionada con la salud), como especialmente en el contexto donde vive la persona mayor y su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud. Este último aspecto no era un hallazgo en el estudio de Fernández-Ballesteros y otras, al entender que dependía de la dimensión con la que se valoraba la calidad de vida. En nuestro caso las diferencias son claras: en Residencias privadas la calidad de vida relacionada con la salud es menor que en las Residencias públicas. Las diferencias respecto a ambos estudios se deben, por un lado, a aspec-

tos normativos, debido a que las personas evaluadas viven en una Comunidad Autónoma con mucha heterogeneidad en sus servicios en función de la provincia donde estén ubicados los centros debido a la peculiar organización legislativa de los servicios sociosanitarios y, por otro lado, como es lógico, a que el concepto aquí trabajado incluye el de calidad de vida, además de la propia salud del individuo, y no incluye dimensiones ambientales, como en el Estudio anteriormente reseñado. En el caso de nuestro estudio sí conviene señalar estas diferencias, que se pueden explicar claramente por el nivel de desarrollo y profesionalización de los Centros gerontológicos. Es un hecho contrastado que a mayor profesionalización y desarrollo, mejor calidad de vida relacionada con la salud tienen los sujetos (AA.VV., 2000).

Por último, en este Estudio aparece un patrón de resultados que indica claramente la relación entre estilos de vida más sanos (mayor satisfacción en el tiempo libre, mayor diversidad en cuanto al tipo de actividades que se realizan, mayor red social para la realización de actividades, etc.) y una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Así se han observado diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida relacionada con la salud, entre los sujetos de la muestra que realizan diariamente o de manera muy continuada (dos o tres veces por semana) actividades de tiempo libre de carácter físico y los que no las hacen o las hacen con una frecuencia menor a dos días a la semana. Por otra parte, también existen diferencias significativas entre las personas satisfechas con su tiempo libre y las que no lo están. Esto viene a indicar la importancia de los estilos de vida en la determinación de la calidad de vida relacionada con la salud, hecho que desde la Psicología de la salud ha sido postulado sin que, por otra parte, se haya integrado de manera adecuada en la vida diaria de los centros residenciales para personas mayores (Montorio y Carboles, 1999; Birren y Schaie, 2001).

12.2. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DESDE UNA APROXIMACIÓN MULTIDIMENSIONAL Y APLICADA

12.2.1. De la estructura de las variables

Otro objetivo del Estudio era conocer la estructura factorial de la calidad de vida relacionada con la salud, a fin de identificar variables subyacentes, o dimensiones, que expliquen la configuración de las correlaciones dentro de un conjunto de variables observadas. La estructura factorial fue analizada además con otro objetivo: la identificación de áreas de funcionamiento claves del individuo, que posteriormente sirvieran para poder organizar propuestas de sistemas de intervención con personas mayores.

A través del análisis de componentes principales de las variables objeto de estudio se obtuvieron seis factores que explicaban el 57,9% de la varianza de las variables, habiéndose eliminado el resto de los factores de la estructura factorial al contar con una baja saturación y explicar un porcentaje de varianza todos ellos inferior al 5%. Los seis factores eran los siguientes: **funcionamiento afectivo, estado de salud y actividad, memoria, funciones cognitivas no relacionadas con la memoria, apoyo social y funcionamiento físico**. Estos resultados son congruentes con una gran parte de la tradición

literaria gerontológica que analizaba tradicionalmente a la persona mayor en diversas áreas de funcionamiento tal y como ha sido enfocada la parte teórica del presente estudio (Belsky, 1996; Birren y Schaie, 1996, 2001; Buendía, 1994; Carstensen y Edelman, 1990; Fernández-Ballesteros *et al.*, 1994; Izal y Montorio, 1999; Montorio e Izal, 1999).

Existe además una propuesta teórica de intervención realizada por diversos autores dentro del denominado "modelo de influencia" (Yanguas y Leturia, 1995a, 1995b, 1996; Yanguas, Leturia, Leturia y Uriarte, 1998; Leturia y Yanguas, 1999), que ha servido de guía a la hora de aplicar programas de intervención con personas mayores, que no había sido empíricamente validado, pero que se asentaba en las tradicionales áreas de funcionamiento del individuo (físico, cognitivo, social, afectivo, etc.) y por tanto, en el anclaje teórico existente. Este modelo de influencia se desarrolla a través de un plan general de intervención, que es un sistema de intervención conformado por el desarrollo de programas correspondientes a las siguientes áreas de funcionamiento del individuo: salud física, salud psíquica, relaciones sociales, ocio, organización y ambiente (Yanguas *et al.*, 1998). El modelo desarrolla básicamente muy diversos programas de intervención en cada una de las áreas anteriormente mencionadas, con el objeto de cubrir las distintas necesidades de las personas mayores en cada una de ellas, relacionando unas áreas con otras, desde una visión integral, amplia e interdisciplinar de la intervención.

Los resultados obtenidos en el presente Estudio a la hora de analizar la estructura factorial de la calidad de vida relacionada con la salud, sirven como una validación parcial de este modelo de influencia, confirmando su validez e introduciendo dos propuestas esenciales al mismo: la introducción del estado de salud y del nivel de actividad como una nueva variable dentro del denominado "modelo de influencia" y la diferenciación dentro del funcionamiento cognitivo de la memoria respecto del resto de funciones cognitivas. Ambas propuestas son analizadas a continuación.

12.2.1.1. *Estado de salud y actividad*

Tanto en el estudio de la calidad de vida (Birren y Schaie, 2001; Becker, Diamond y Sainfort, 1993; Bigelow *et al.*, 1982; Birren y Dieckmann, 1991; Bullinger, 1993; Brown, 1997; Katz y Gurland, 1991; Lawton, 1991, 2001) como en el de la influencia de la salud (Banks, 1983; Bridges y Goldberg, 1986; Goldberg y Bridges, 1987; Montorio, 1999) en el envejecimiento, la introducción de variables que personalizan al colectivo y hacen, por tanto, visibles las diferencias interindividuales e intraindividuales, son esenciales. La posibilidad de introducir, dentro del modelo de influencia, el estado de salud y actividad como una nueva área de intervención, redimensiona el modelo y cualitativamente incluye una nueva visión dentro del modelo del concepto de salud más subjetiva e individual. Ante una visión excesivamente generalista y despersonalizada de la intervención con personas mayores, la inclusión del punto de vista de la persona respecto a su salud, y por tanto, respecto a las intervenciones, puede devenir como algo fundamental. De hecho la propuesta de algunos autores (Lawton, 2001) va por este camino y este modelo de influencia puede ser mejorado a partir de premisas relacionadas con la intervención que permitan incluir la propia valoración del individuo. Así la influencia que factores como la disfunción física, el dolor o el malestar causan en un individuo, provocando limitaciones en las conductas cotidianas, en las actividades sociales, en el bienestar psicológico y en otros aspectos del día a día de los sujetos y de su calidad de vida global juzgada por el propio sujeto, se convierten en una de

las claves de la intervención gerontológica y, por tanto, de un futuro desarrollo de este modelo de influencia (Lawton, 2001).

La personalización de la intervención, incluir la opinión del propio sujeto a la hora de juzgar el estado de salud y tomar decisiones sobre el mismo, en valorar si un posible deterioro de la calidad de vida de un sujeto es debido a su situación de dependencia o al tratamiento aplicado, en el control del dolor o de los síntomas, en la relación con el mundo externo, en la sensación de control, etc., está contenida una nueva forma de hacer e intervenir con personas mayores, reivindicada desde hace tiempo por la psicogerontología (Montorio e Izal, 1999; Izal y Montorio, 1999; Yanguas y Leturia, 2002) que ha sido revisada en este estudio. Además de ir de acuerdo con otros estudios realizados en otras disciplinas como la bioética, donde se vincula personalización y derechos del individuo, relacionado además con otro concepto esencial como es la "moral de actitudes" (Couceiro, 1999; Blázquez, 1996; Ferrer, 2002), y a la ética del cuidado, especialmente a las cuestiones relativas al "principio de la responsabilidad " y a la "ética de la intersubjetividad" (AA.VV., 1999; Ferrer, 2002).

12.2.1.2. *Funcionamiento cognitivo*

La segunda propuesta a la que anteriormente nos referíamos es la diferenciación dentro del funcionamiento cognitivo de la memoria respecto del resto de funciones cognitivas. La intervención sobre el funcionamiento cognitivo en general y en la memoria en particular tiene una importante tradición en la Psicogerontología (Hernández y Pozo, 1999; Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992; Montorio, 1994; Birren y Schaie, 1996, 2001). El presente estudio ahonda en la importancia del funcionamiento mnésico, por un lado, y por otro lado, el de la importancia del resto de funciones cognitivas que tradicionalmente ha sido menos trabajado en la clínica. De hecho, en el Capítulo 4 de la Parte teórica de este estudio se ha hecho énfasis en el diferente desarrollo que, tanto el *corpus* teórico como la evidencia empírica existente sobre las diferentes funciones cognitivas, ha realizado la Gerontología a lo largo de su historia. Lo anteriormente reseñado puede ser debido a muy diversas razones que han sido ampliamente debatidas y estudiadas (Birren y Schaie, 1996, 2001; Belsky, 1996; Woods, 1996), aunque desde este trabajo se quiere enfatizar en cuatro ideas o razones de crucial importancia para la intervención en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores:

- La primera tiene que ver con la influencia que en la vida diaria de las personas mayores tiene el funcionamiento cognitivo, en general, y la memoria en particular (Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992; Montorio e Izal, 1999; Birren y Schaie, 1996, 2001; Belsky, 1996).
- La segunda, con la importancia que conceden las personas mayores a una buena percepción de su funcionamiento cognitivo y especialmente de la memoria, de tal manera que una baja percepción de su capacidad cognitiva viene a ser concebido como un síntoma de "senilidad" por el propio colectivo de personas mayores (Vallar y Shallice, 1990; Burke *et al.*, 1991; Craik, 1994; Hultsch, Masson y Small, 1991; Kausler, 1994).
- En tercer lugar, el importante desarrollo dentro del campo de la intervención psicológica de múltiples instrumentos de evaluación (Mc Dowell y Newell, 1996; Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992; Montorio, 1994), así como de diversos recursos interventivos muy interesantes (Israel, 1992; Le

Poncin, 1997; Yanguas et al,1998; Montorio e Izal, 1999) relacionados con el funcionamiento cognitivo en general, y especialmente de la memoria en particular, que han hecho que muchos profesionales hayan respondido a estas necesidades, y a veces también se hayan excedido en la generalización de los mismos a todo el colectivo (Yanguas y Leturia, 2001).

- Por último, se quiere hacer constar una idea expresada por algunos autores cercanos a la psicología social (Downs, 2000; Lyman, 1998; Whitehouse y Deal, 1995; Post, 1995) sobre que el sentido dado al daño cognitivo en cualquier sociedad afecta al estatus proporcionado a la persona que lo sufre, y que en las sociedades occidentales que son hipercognitivas en su orientación, confieren obviamente poco valor a las personas con dificultades cognitivas. Probablemente exista una influencia directa entre las sociedades hipercognitivistas y el desarrollo de intervenciones y tratamientos relacionados con los déficits que ésta valora y reconoce más.

Conjuntamente con lo anterior hay que señalar que el modelo de influencia tal como ha sido desarrollado no marca diferencias en la importancia de sus diversas áreas de intervención cara a la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores, siendo en este sentido un modelo excesivamente homogéneo. Una importante área de mejora detectada a través de esta investigación es la posibilidad de dotar a este modelo en particular, y otros sistemas de intervención en general, de una concepción más dinámica en su planteamiento teórico y con mayor capacidad de hacer frente a la heterogeneidad y variabilidad del colectivo de personas mayores, que seguidamente se pasa a analizar.

12.2.2. Influencia en la calidad de vida relacionada con la salud de las diversas dimensiones de funcionamiento estudiadas

12.2.2.1. *Calidad de vida. Dimensión afectiva*

A la hora de analizar el "peso" mediante análisis de regresión múltiple de cada variable con el fin de explicar la calidad de vida relacionada con la salud, existe un patrón definido: el elevado peso del funcionamiento afectivo y, en menor medida, de la salud percibida y del funcionamiento cognitivo y físico. Concretamente, mediante el análisis de regresión múltiple para predecir la calidad de vida relacionada con la salud, se encuentra que ésta es explicada en un 58% de su varianza por las variables introducidas, siendo el 48,5% explicado por la satisfacción vital, el 5,6% por el nivel de ansiedad, el 2,2% por variables cognitivas no relacionadas con la memoria, el 1,3% por variables cognitivas relacionadas con la memoria, el 1,2% por la ejecución en la actividades de vida diaria y el 0,7% por el estado de salud percibido.

La todavía escasa tradición de intervención psicogerontológica en nuestro país (Yanguas y Leturia, 1995 a; Vázquez, 1995; Montorio, 1995; Reig, 1992; Fernández-Ballesteros *et al.*, 1992; Reig, 1992; Yanguas *et al.*, 1997) y en otros contextos geográficos (Woods y Britton, 1985; Holden y Woods, 1982; Baltés y Baltés, 1985, 1990; Birren y Schaie, 1996) se ha centrado fundamentalmente en intervenciones relacionadas con el funcionamiento cognitivo, siendo la calidad de vida de las personas mayores el objetivo teórico último de la intervención (Yanguas y Leturia, 1995; Vázquez, 1995; Montorio, 1995;

Birren y Schaie, 1996). Una de las aportaciones que este estudio plantea no es sólo constatar la importancia de las intervenciones sobre el funcionamiento cognitivo, sino especialmente sobre otros dos grupos de variables, como son el funcionamiento afectivo y la salud percibida, que conjuntamente explican un 53,4% de la varianza de la calidad de vida relacionada con la salud. Así, son variables que miden percepciones y sentimientos las que explican fundamentalmente la calidad de vida relacionada con la salud. Esta última afirmación supone un paso adelante en el conocimiento relacionado con las intervenciones psicosociales, debido a la aportación por parte de este estudio de evidencia empírica sobre la necesidad de incidir mucho más en intervenciones relacionadas con una mejora del funcionamiento afectivo, que por otra parte ya estaba siendo planteada por distintos autores (Andrés y Bas, 1999; Blazer *et al.*, 1991; Brown y Harris, 1987; Woods, 1996).

Asimismo, se destaca el “peso” que tiene la satisfacción vital dentro del conjunto de variables que conforman el funcionamiento afectivo. Así, del 52,7% de la varianza de la calidad de vida relacionada con la salud explicada por variables relacionadas con el funcionamiento afectivo, la satisfacción vital explicaría un 45,5% de la misma, teniendo en cuenta que la satisfacción vital tiene un componente más cognitivo que la depresión (Montorio e Izal, 1992; García y Hombrados, 2002). No obstante, aunque en menor medida, la depresión y la ansiedad también están presentes a la hora de conformar el funcionamiento afectivo de los sujetos de la muestra cuando se trata de explicar la calidad de vida relacionada con la salud.

12.2.2.2. *Calidad de vida. Dimensión salud percibida*

Cuestión similar a lo que sucede con la importancia del funcionamiento afectivo ocurre con la salud percibida, aunque la varianza explicada por esta última variable de la calidad de vida relacionada con la salud es sensiblemente inferior (0,7%). Es necesario puntualizar que, siendo el incremento del coeficiente de determinación casi despreciable (siete milésimas), este pequeño aumento es debido a que previamente han entrado seis variables en el modelo, siendo necesario recordar que el coeficiente de correlación de Pearson entre la salud percibida y la variable dependiente es de .563, lo cual implica compartir un 31,96% de la varianza, siendo este el motivo por el cual, independientemente de su escasa aportación en términos absolutos, se ha introducido en el modelo.

Así la percepción de salud es una variable que ha sido relegada en la práctica clínica, optándose por una visión de la salud centrada fundamentalmente en medidas objetivas, es decir, las medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos (Badía, 1995), dejando de lado las medidas subjetivas. Así, otra de las cuestiones primordiales que el presente estudio aporta es la constatación empírica de la importancia no sólo de los factores de salud medidos objetivamente, sino de aquellos que son de carácter más subjetivo (control de síntomas, disfunción social, etc.) y en los que la opinión del sujeto debe ser tomada en cuenta. Las consecuencias de lo anteriormente mencionado en la práctica clínica diaria están relacionadas sin duda, con la necesidad de una evolución conceptual en lo que se refiere a la salud de las personas mayores y a las intervenciones sobre la misma que ha sido reclamada en mayor o menor medida por diversos autores (Reig y Bordes, 1995; Yanguas y Leturia, 2001; Whitehouse, Maurer y Ballenger, 2000; Downs, 2000; Huppert, Brayne y O'Connor, 1994; Montorio y Carrobes, 1999). No se trata de restar importancia a ese componente físico de la salud, sino de reeva-

lorizar la salud con la inclusión de otros componentes, así como de las opiniones de los pacientes. No sería exagerado decir que en realidad, las intervenciones en salud con personas mayores, deben abandonar el paradigma clásico (Nettleton, 1995) donde lo agudo tiene relevancia y lo crónico queda desechado, al menos la evidencia empírica obtenida a través de este estudio así lo atestigua.

12.2.2.3. *Calidad de vida. Dimensión social*

De los análisis de regresión múltiple efectuados se desprende la nula influencia del apoyo social en la explicación de la calidad de vida relacionada con la salud, debido a que el funcionamiento social queda excluido del conjunto de variables que explican la variación de la calidad de vida relacionada con la salud. La cuestión a analizar es la contradicción entre los resultados de esta investigación y la importancia que se le ha atribuido al apoyo social tanto en la literatura psicogerontológica (Birren y Schaie, 2001; Baltes y Mayer, 1999), como desde la práctica clínica, donde también se ha enfatizado repetidamente la importancia del mismo (Yanguas *et al.*, 1997; Roure, Reig y Vidal, 2002; Alamo *et al.*, 1999; Rubio *et al.*, 1998). Existen distintas razones que podrían dar cuenta de esta disparidad de resultados:

- La definición constitutiva del apoyo social está basada en la calidad y la cantidad de relaciones con un componente más objetivable, mientras que la definición operativa del apoyo social está básicamente relacionada con la "percepción de apoyo" (Binstock y George, 2001; Davies, 1996; Diaz-Veiga, 1987) y, por tanto, más subjetiva.
- Cuestiones metodológicas propias de este estudio relacionadas con la necesidad de transformar esta variable ordinal en una variable cuantitativa a través de la conversión 10-decil, en las que se tienen en cuenta tanto las frecuencias obtenidas como los porcentajes acumulados antes de realizar la conversión. Conjuntamente con lo anterior hay que señalar la existencia de dos posibles limitaciones en lo relativo al estudio del funcionamiento social en este estudio: la primera se refiere a la duda de si la variable apoyo social es la medida más adecuada del funcionamiento social, y la segunda, si es igualmente adecuado el instrumento utilizado para medir apoyo social.

Por último, es necesario mencionar el rol que juega el apoyo social en la vida diaria de las personas mayores, en general, y especialmente en la calidad de vida relacionada con la salud de dichas personas. En este sentido, se cree que puede existir un espacio abierto a investigar otros modelos que expliquen las relaciones entre estrés, apoyo y bienestar de manera que no se ajusten estrictamente a los modelos de efectos principales o amortiguadores, cuya interpretación clásica es muy restrictiva y sobre los que inicialmente basábamos nuestra hipótesis de trabajo (Barrera, 1986, 1988; Wheaton, 1983, 1985; Lin, 1986; Lin, Simeone, Ensel, Walter y Kuo, 1979; Lin, Woelfel y Light, 1985). Modelos más amplios pueden servir para concebir, analizar, estudiar y posteriormente intervenir desde otros prismas, en los que el funcionamiento social debe tener una lógica influencia en la calidad de vida relacionada con la salud y en el modelo de influencia. Al menos desde la clínica, el funcionamiento social sigue siendo una variable fundamental, con una percepción importante de su eficacia en la práctica diaria que deberá ser corroborada a través de la investigación.

12.2.2.4. *Calidad de vida. Dimensión cognitiva*

El funcionamiento cognitivo explica en su conjunto un 3,5% de la varianza de la calidad de vida relacionada con la salud, siendo las funciones cognitivas no nmésicas las que aportan el mayor peso de varianza explicada (2,2%). El presente estudio, a través del estudio de la estructura factorial de las variables intervinientes, aporta evidencia empírica sobre la necesidad de profundizar no sólo en programas relacionados con la mejora de la memoria, sino en intervenciones cognitivas no relacionadas con la memoria dentro del envejecimiento normal. Lo anteriormente mencionado reformula nuevamente el modelo de influencia, introduciendo nuevas dimensiones en la intervención clínica de los trastornos cognitivos, así como en la necesaria investigación sobre el resto de funciones cognitivas que no tengan que ver necesariamente con memoria y lenguaje, debiendo estas dos últimas obviamente seguir siendo objeto de la investigación en gerontología.

Anteriormente (ver punto 12.2.1.2.) se recogía una idea expresada por algunos autores cercanos a la Psicología social (Downs, 2000; Lyman, 1998; Whitehouse y Deal, 1995; Post, 1995) sobre que el sentido dado al daño cognitivo en cualquier sociedad afecta al estatus proporcionado a la persona que lo sufre, y que en las sociedades occidentales que son hipercognitivas en su orientación, confieren obviamente poco valor a las personas con dificultades cognitivas. Consiguientemente existe otra área de intervención a incluir dentro del modelo de influencia de carácter comunitario, que es el revertir las ideas, creencias y atribuciones existentes en la sociedad en general, y, en particular, en profesionales y personas cercanas a individuos que padecen alteraciones en su funcionamiento cognitivo, de manera que no se refuerce el déficit. La actual posición de sobrevaloración de la importancia de los déficits cognitivos sitúa no sólo a las personas que sufren algún tipo de trastorno, sino a las personas mayores en general, en una situación de franca vulnerabilidad, al ser propio del proceso de envejecimiento el declive del funcionamiento cognitivo .

12.2.2.5. *Calidad de vida. Dimensión de funcionamiento físico*

La ejecución de las actividades de vida diaria explica el 1,2% de la varianza de la calidad de vida relacionada con la salud, proporcionando los resultados obtenidos el siguiente perfil: 29 sujetos muestran dependencia total (5,8% de la muestra); dependencia grave, 25 (5% de la muestra); dependencia moderada, 38 (7,6% de la muestra); dependencia leve, 408 sujetos (81,6% de la muestra). El 40,1% de las personas que componen la muestra la forman sujetos independientes para realizar todas las actividades básicas de vida diaria de las que la prueba consta; el 17,1% de la muestra es capaz de realizar independientemente nueve de las 10 ABVD propuestas y el 9,8% de la muestra es capaz de realizar independientemente ocho de las 10 ABVD intervinientes en la prueba. El 29% de la muestra es capaz de realizar siete o menos de las ABVD incluidas.

La primera aproximación importante a la evaluación de la dependencia en el Estado español se recoge en una encuesta realizada en 1986 (AA.VV, 2000) en la que se refería que, por encima de los 65 años, un 6% tiene dificultades para el cuidado personal, un 13% para caminar y un 35% para subir escaleras. Con posterioridad, se han llevado a cabo numerosos estudios al respecto, no siempre con los mismos criterios, por lo que la comparación entre los mismos no siempre resulta fácil (Zunzunegui y

Beland, 1995; INE, 1999; IMSERSO, 2000). El estudio más similar a este trabajo es el del IMSERSO y la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, efectuado en 1995 y todavía no publicado. En el mismo se encontró que algo más de un 27% de las personas que vivían en centros residenciales mostraba ausencia de algún tipo de incapacidad, mientras que en un 15,2% la situación era de extrema discapacidad. Las discrepancias observadas entre este estudio y los diversos estudios consultados (Zunzunegui y Beland, 1995; INE, 1999; IMSERSO, 2000; AA.VV., 2000), donde las diferencias en cuanto a niveles de discapacidad moderada y grave doblan los porcentajes hallados en nuestro estudio, pueden ser debidos a:

- En el presente estudio solo se han medido actividades básicas de vida diaria y no actividades instrumentales, lo que constituye una limitación de esta investigación.
- La ejecución de las actividades de vida diaria responde únicamente a un componente del funcionamiento físico y parece necesario profundizar en otros aspectos del mismo, como son: estado de salud, enfermedades, sintomatología, restricciones en el funcionamiento físico, etc.
- La muestra analizada es una submuestra de la población que vive en Centros gerontológicos de la Comunidad Autónoma Vasca. Como tal no refleja a la totalidad de la población institucionalizada, debido a que el objetivo principal de este estudio no era un estudio sobre dependencia en Residencias, sino un análisis multidimensional de la calidad de vida relacionada con la salud.

Para finalizar, es necesario señalar, por último, la escasa influencia de la ejecución de actividades de vida diaria en la calidad de vida relacionada con la salud, pese a lo que se había hipotetizado (Badia, Salamero y Alonso, 1999; Birrem y Schaie, 2001). Probablemente este escaso peso de la ejecución de las actividades de vida diaria (1,2% de la varianza) en la explicación de la calidad de vida relacionada con la salud sea debido a las tres cuestiones antes mencionadas: deficiente medición, incompleta caracterización del funcionamiento físico y de su medición y el hecho de que se trata de una submuestra con unas características muy determinadas y no representativa de población general.

12.2.2.6. *Calidad de vida relacionada con la salud, género, edad y su influencia en la clínica*

Las diferencias interindividuales dentro del colectivo de las personas mayores han sido ampliamente estudiadas (Birren y Schaie, 1996, 2001; Baltes y Baltes, 1990; Baltes, 1999; Baltes y Mayer, 1999), que a tenor de los resultados obtenidos en este estudio, creemos que debe ser nuevamente destacada. Así, cuando en la parte empírica de este estudio se procedió a estudiar la influencia en la calidad de vida relacionada con la salud de las variables intervinientes, descomponiendo la muestra total según género y edad, se han observado diferencias importantes.

En relación al género se observa que tanto para hombres como para mujeres el funcionamiento afectivo es el conjunto de variables con mayor "peso" en la calidad de vida relacionada con la salud. En el caso de los hombres, del 49,7% de varianza explicada de la calidad de vida relacionada con la salud, el 43% es explicada por el funcionamiento afectivo, el 2,1% por la salud percibida y el 2,8% por el funcionamiento cognitivo no mnémico. Para las mujeres, del 58,2% de varianza explicada de la calidad de

vida relacionada con la salud, el 54,5% es explicado por variables relacionadas con el funcionamiento afectivo, el 1,2% por funciones cognitivas no mnésicas, el 1,3% por funciones cognitivas de carácter mnésico y el 1,2% por la ejecución de actividades de vida diaria. Además, cuando se pormenoriza en las dimensiones que componen cada una de las variables se encuentra que:

- Mientras que entre las mujeres es la satisfacción vital dentro del funcionamiento afectivo la variable más influyente, en el caso de los hombres es el nivel de depresión. Algunos autores ya habían constatado ciertas diferencias en cuanto a la satisfacción vital y su relación con la depresión, dando un componente más cognitivo a la primera en decremento de la segunda, como ha sido señalado anteriormente (Montorio e Izal, 1992; García y Hombrados, 2002).
- Se observan diferencias en la explicación de la calidad de vida relacionada con la salud de los hombres respecto de las mujeres en los componentes que forman parte de la salud percibida. Entre los hombres son los síntomas somáticos (una de las subescalas analizadas dentro de la salud percibida), mientras que entre las mujeres es más importante la capacidad de ejecución de las actividades de vida diaria, quedando excluida la salud percibida.
- Entre los hombres, la ansiedad queda excluida de la ecuación, mientras que en el caso de las mujeres esta variable aporta un 6,3 del 58,2% de varianza explicada de la calidad de vida relacionada con la salud.
- Las diferencias según género en la explicación de la variación de la calidad de vida relacionada con la salud pueden deberse a diferentes estilos de afrontamiento de la vejez y de la vida por parte de hombres y de mujeres: más racional, más cognitivo y más complejo en mujeres; más somático, más afectivo en hombres, lo que es respaldado por diversos autores (Staudinger, Freund, Linden y Maas, 1999; Birren y Schaie, 2001; Binstock y George, 2001).
- De los análisis efectuados se deriva la necesidad de trasladar a la práctica las diferencias de géneros observada a la hora de analizar la calidad de vida relacionada con la salud con un patrón diferencial importante: mayor importancia del componente emocional (depresivo y somático) en hombres y mayor importancia del componente cognitivo en mujeres. Los modelos de intervención, como el modelo de influencia, que en esta discusión se ha destacado, debe introducir estas diferencias empíricamente observadas.

La variabilidad anteriormente comentada aflora nuevamente cuando se aborda la influencia en la calidad de vida relacionada con la salud de las variables intervinientes según la edad. Así:

- Entre los 65 a los 69 años de edad, del 65,3% de varianza explicada, la ansiedad explica un 59,1% mientras que la satisfacción vital un 6,2%.
- Entre los 70 y los 74 años es el nivel de depresión la variable que explica el 54,3% de la calidad de vida relacionada con la salud.
- Entre los 75 y los 79 años, del 55% de la calidad de vida relacionada con la salud explicada, el nivel de depresión explica un 41,1%, el nivel de ansiedad un 6,1%, las funciones cognitivas no mnésicas un 4,9% y las funciones cognitivas relacionadas con la memoria un 2,9%.
- Entre los 80 a los 84 años del 59,1% de varianza explicada, el 44,8% es explicada por la satisfacción vital, el 6% por el nivel de depresión, el 3,9% por las funciones cognitivas no relacionadas con

la memoria, el 1,5% por la salud percibida, el 1,2% por las funciones cognitivas relacionadas con la memoria y el 1,7% por la ejecución en las actividades de vida diaria.

- Entre los 85 y 89 años, del 54,2% de varianza explicada de la calidad de vida relacionada con la salud, son las variables relacionadas con el funcionamiento afectivo las que la explican en su totalidad. Así, la satisfacción vital explica un 46,1%, la ansiedad un 6,7% y la depresión un 1,4%.
- Entre los 90 y 94 años, la satisfacción vital explica la totalidad de la varianza (55,8%) de la calidad de vida relacionada con la salud.
- Entre los 95 y 99 años de edad, el 70,7% de la varianza explicada lo es por la salud percibida.

En términos generales, el funcionamiento afectivo sigue siendo la variable más influyente, excepto para los muy mayores, que sería la percepción de salud. Entre los 65 y los 74 años de edad, es el funcionamiento afectivo el conjunto de variables que explica la calidad de vida relacionada con la salud. Entre los 75 y 84 años, aunque el funcionamiento afectivo es la variable de mayor peso en la explicación de la calidad de vida relacionada con la salud, también intervienen el funcionamiento cognitivo, físico y la salud percibida en orden decreciente en peso explicativo las variables principales. Para los sujetos de la muestra entre los 85 y 94 años de edad es nuevamente el funcionamiento afectivo el grupo principal de variables, mientras que a partir de los 95 años es la percepción de la salud la que explica la totalidad de la variación de la calidad de vida relacionada con la salud.

Los datos apoyan sin lugar a dudas la visión de algunos gerontólogos que venían a reivindicar los rígidos límites de entrada en la etapa de la vejez (65 años), mientras que sorprendentemente no se hacían diferencias entre generaciones dentro de ese colectivo de personas mayores (Stuckelberger, 2001; Yanguas y Leturia, 2001; Montorio, 1994). De los datos obtenidos en el presente estudio se infiere la necesidad de redimensionar los modelos de intervención existentes, adaptando las áreas y los programas de intervención en función de la edad. Es más, con los datos obtenidos en este trabajo, se podrían diseñar modelos que dieran respuesta tanto a las necesidades actuales para conseguir una mayor calidad de vida relacionada con la salud, como futuras, conociendo las variables que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud en función de la edad.

Tanto respecto al género como respecto a la edad, de este estudio se puede deducir la necesidad de intervenciones diferenciadas. Si en la calidad de vida relacionada con la salud las variables influyentes son distintas y el peso de las mismas también, es necesario un cambio en los modos y maneras de intervenir con personas mayores, donde se recojan esas diferencias, esa variabilidad. Esta es quizá una de las aportaciones de esta investigación al campo de la práctica: la necesidad de revisar los modelos existentes de intervención en Psicogerontología, de incluir nuevas variables, de cambiar la importancia de las mismas en la intervención, así como de pensar que los modelos de intervención, como el modelo de influencia, deben recoger la necesidad de desarrollarse en función al menos de la edad y el género.

Para finalizar, se quiere apuntar que este estudio abre y sienta las bases a un inmenso campo de investigación donde poder profundizar sobre qué programas son necesarios para cada situación, estado de necesidad, enfermedad, prevención, etc., de enorme importancia en la práctica diaria, que además puede posibilitar enormes desarrollos futuros en el sector, y sobre todo posibilitar el cumplimiento del objetivo para el cual trabajamos: aumentar la calidad de vida de las personas mayores.

12.3. LIMITACIONES DE LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO

Antes de finalizar la discusión de los resultados se quiere indicar una cuestión primordial relativa a las limitaciones sobre estos resultados, y es el hecho de que en el planteamiento de este Estudio se pensó en explicar una variable subjetiva, como es la calidad de vida relacionada con la salud a través de diversas variables, muchas de ellas de origen también subjetivo, como la salud percibida, la depresión, la ansiedad, la satisfacción, etc. Ante futuros desarrollos de esta línea de investigación tan sugerente como necesaria, sería pertinente incluir otro tipo de variables de carácter objetivo que completen lo hasta ahora realizado en aras de un conocimiento más profundo.

12.4. CONCLUSIONES

Las **conclusiones** que pueden extraerse de los resultados obtenidos en este Estudio son las siguientes:

- I. Respecto a las diversas áreas de funcionamiento analizadas:
 - a) En lo relativo al funcionamiento cognitivo se constata una importante heterogeneidad respecto a los datos de prevalencia estudiados. Se ha observado que el rendimiento de los sujetos analizados varía según la función cognitiva específica estudiada y se han establecido congruentemente con la bibliografía existente las siguientes relaciones: un mayor nivel de instrucción se asocia con un mejor funcionamiento cognitivo en la edad avanzada, el deterioro cognitivo está más presente entre las mujeres que entre los hombres y el deterioro cognitivo aumenta con la edad.
 - b) Se han encontrado notorias tasas de prevalencia de depresión (36,4% de la muestra supera el punto de corte y, de éstos, un 14,8% estarían incluidos en la categoría de depresión grave). También es muy significativa la prevalencia de los problemas de ansiedad (el 25% de los sujetos evaluados obtienen puntuaciones superiores al punto de corte). En lo referente a la satisfacción vital, la puntuación media obtenida es bastante similar a otros estudios.
 - c) En lo relativo al funcionamiento social, el 31% de los sujetos cree tener excelentes o buenos recursos sociales, un 48% observa un ligero o moderado deterioro de sus recursos sociales y el 21% restante se coloca en la categoría de recursos sociales bastante o muy deficientes. En general, la percepción de apoyo social de las personas de nuestra muestra es claramente inferior que la encontrada en otros estudios y constituye un déficit importante en las personas institucionalizadas.
 - d) A pesar de las dificultades metodológicas para comparar los diversos estudios existentes, respecto a la ejecución de las actividades de vida diaria, queda constatado la importancia del declive funcional en las personas institucionalizadas.
 - e) En lo referente a la salud percibida de los sujetos analizados, éstos tienen una mejor salud percibida que la reflejada en otros estudios realizados, aunque puede valorarse igualmente de

insatisfactoria. Sobre la base de las puntuaciones obtenidas, la subescala de disfunción social es en la que se obtienen puntuaciones con valencia más negativa, seguida de la de síntomas somáticos y la de angustia-ansiedad.

- f) La calidad de vida relacionada con la salud de los sujetos de la muestra la podemos calificar de aceptable, aunque hay que destacar que la actividad física, el dolor (dolor ligero, moderado o intenso dicen padecer el 41%), la percepción del estado de salud y el estado de salud, son las dimensiones peor valoradas. Se constatan las diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud en cuanto a género (más positiva entre los hombres que entre las mujeres), utilización del tiempo libre (mejor en las personas que realizan actividades de tiempo libre de una manera regular o lo más habitualmente posible) y satisfacción con el tiempo libre (mejor en las personas satisfechas con su tiempo libre); aunque no respecto al estado civil.

II. Respecto al análisis de la calidad de vida relacionada con la salud:

- a) Se ha constatado la presencia de seis factores: funcionamiento afectivo, estado de salud y actividad, funciones cognitivas no relacionadas con la memoria, apoyo social, funcionamiento físico y memoria.
- b) Se validan los componentes básicos del modelo de influencia.
- c) Se subraya la importancia de introducir en la práctica gerontológica medidas e intervenciones centradas en la valoración de los sujetos sobre su propia salud y percepción de la misma.
- d) Se constata la importancia del funcionamiento afectivo en la calidad de vida relacionada con la salud y especialmente de la satisfacción vital, que debe ser tenida en cuenta para reorientar y redimensionar los modelos de intervención existentes.
- e) Existe una necesidad de ampliar el espectro de intervención en las diversas funciones cognitivas, así como en la percepción que la sociedad tiene de éstos déficits cognitivos.
- f) Dada la importante percepción de la eficacia en la práctica diaria del funcionamiento social, es necesario seguir profundizando en su estudio y en la validación de intervenciones centradas en su mejora.
- g) Se han comprobado empíricamente las diferencias de género en la explicación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores. Mientras que entre las mujeres la satisfacción vital dentro del funcionamiento afectivo es la variable más influyente, en el caso de los hombres sería el nivel de depresión. Se observan asimismo diferencias en los componentes que forman parte de la salud percibida: entre los hombres son los síntomas somáticos (una de las subescalas analizadas dentro de la salud percibida), mientras que entre las mujeres es más importante la capacidad de ejecución de las actividades de vida diaria, quedando excluida la salud percibida.
- h) De los análisis efectuados se deriva la necesidad de trasladar a la práctica las diferencias de género observadas a la hora de analizar la calidad de vida relacionada con la salud con un patrón diferencial importante: mayor importancia del componente emocional entre los hombres y mayor importancia del componente cognitivo entre las mujeres.

- i)* Relacionado con la variable edad, en términos generales, el funcionamiento afectivo sigue siendo la variable más influyente, excepto para los muy mayores, que sería la percepción de salud. Entre los 65 y los 74 años de edad es el funcionamiento afectivo el conjunto de variables que explica la calidad de vida relacionada con la salud. Entre los 75 y 84 años, aunque el funcionamiento afectivo es la variable de mayor peso en la explicación de la calidad de vida relacionada con la salud, el funcionamiento cognitivo, físico y la salud percibida son, por orden decreciente en peso explicativo, las variables principales. Para los sujetos de la muestra entre los 85 y 94 años de edad es nuevamente el funcionamiento afectivo el grupo principal de variables, mientras que a partir de los 95 años es la percepción de la salud la que explica la totalidad de la variación de la calidad de vida relacionada con la salud.
- j)* De los datos obtenidos en el presente Estudio se infiere la necesidad de redimensionar los modelos de intervención existentes, como el modelo de influencia, incluyendo nuevas áreas de intervención y admitiendo la necesidad de formular modelos diferentes en función del género y la edad.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AA.VV. (1996): *Encuesta Nacional de Salud 1995*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (1997): *Encuesta Nacional de Salud 1997*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (1999): *Encuesta Nacional de Salud 1999*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (2000): *Geriatría XXI*. Madrid: Edimsa.
- (2001): *Manual Merck de Geriatría*. Barcelona: Ediciones Hancourt.
- ABLER, R. M., y FRETZ, B. R. (1988): "Self-efficacy and competence in independent living among oldest old persons". *Journal of gerontology: social sciences*, 43, pp. 138-143.
- ABRAHAMSON, J. H.; TERESPOLSKY, Y.; BROOK, J. G., y CLARK, S. L. (1965): "Cornell Medical Index as a health measure in epidemiological studies". *British journal of preventive and social medicine*, 19, pp. 103-110.
- ABRAMSON, L.; SELIGMAN, M. E. P., y TEASDALE, J. D. (1978): "Learned helplessness in humans: Critique and reformulation". *Journal of Abnormal Psychology*, 87, pp. 49-74.
- ALAMO, M. C.; ARTILES, M. C.; SANTIAGO, P.; BERNAL, I.; AGUIAR, J. A., y GÓMEZ, A. (1999): "Apoyo social funcional percibido por los pacientes en programa de atención domiciliaria en los medios rural y urbano". *Aten. Primaria*, 24, pp. 26-31.
- ALBERT, M.; HELLER, H. S., y MILBERG, W. (1995): "Changes in naming with age". *Psychology and aging*, 33, pp. 173-178.
- ALBERT, M.; SMITH, L. A.; SCHERR, P. A., *et al.* (1991): "Use of brief cognitive tests to identify individuals in the community with clinically diagnosed Alzheimer's disease". *International Journal of Neuroscience*, 57, pp. 167-178.
- ALEXOPOULOS, G. S.; YOUNG, R. C.; ABRAHAMS, R. C.; MEYERS, B., y SHAMOIAN, C. A. (1989): "Chronicity and relapse in geriatric depression". *Biological Psychiatry*, 26, pp. 551-564.
- ALLEN, A., y BLAZER, D. G. (1991): "Mood disorders". En J. Sadavoy, L. W. Lazarus y L. F. Jarvik (eds.): *Comprehensive review of geriatric psychiatry*, pp. 337-352.
- ALONSO, J.; REGIDOR, E.; BARRIO, G.; PRIETO, L.; RODRIGUEZ, C., y DE LA FUENTE, L. (1998): "Valores poblacionales de referencia de la versión española de Cuestionario de Salud SF-36". *Med. clin. (Barc)*, 111, pp. 410-416.
- ALWIN, D. F., y CAMPBELL, R. T. (2001): "Quantitative approaches: longitudinal methods in the study of human development and aging". En R. H. Binstock y L. K. George (2001): *Handbook of aging and the social sciences*. New York. Academic Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV edition*, Washington, American Psychiatric Press.
- AMES, D. (1991): "Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, pp. 347-354.

- ANDRÉS, V., y BAS, F. (1999): "Tratamiento de la depresión". En I. Montorio e M. Izal (eds.): *Intervención psicológica en la vejez* (pp. 111-150). Madrid: Edit. Síntesis.
- ANTHONY, J. C., y ABORAYA, A. (1992): "The epidemiology of selected mental disorders in later life". En J. E. Birren, R. B. Sloane y G. D. Cohen (eds.): *Handbook of mental health and aging* (2nd edit., pp. 27-73). San Diego, CA: Academic Press.
- ANGERMEYER, M. C., y KILLIAN, R. (2000): "Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales". En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (eds.): *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- ANTONUCCI, T. C., y JACKSON, J. S. (1990): "Social support, interpersonal efficacy and health: a life span perspective". En L. L. Carstensen, y B. A. Edelstein (comps.): *Handbook of clinical gerontology*. Oxford: Pergamon Press.
- ARGYLE, M. (1997): "Is happiness a cause of health?". *Psychol Health*, 12, pp. 769-781.
- ASTEDT-KURKI, P.; LENHTI, K.; PAUNONEN, M., y PAAVILIANE, E. (1999): "Family member as a hospital patient: sentiments and functioning of the family". *Int J Nurs Pract*; 5(3): pp. 155-63.
- BADDELEY, A. D. (1986): *Working Memory*. Oxford: Oxford University Press.
- BADDELEY, A. M. (1990): "The development of the concept of working memory: implications and contributions of neuropsychology". En G. Vallar and T. Shallice (eds.): *Neuropsychological impairment of short-term memory*. Cambridge: Cambridge University Press: pp. 54-73.
- BADIA, X. (1995): "La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos". En J. Sacristán, J. Badía y J. Rovira (eds.): *Farmacoeconomía*. Madrid: Editores Médicos.
- BADIA, X.; SALAMERO, M., y ALONSO, J. (1999): *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac.
- BADIA, X.; SCHAFFINO, A.; ALONSO, J., y HERDMAN, M. (1989): "Using the EuroQol 5-D in the catalan general population: feasibility and construct validity". *Qual life res*, 4, pp. 119-131.
- BAKER, F., e INTAGLIATA, J. (1982): "Quality of life in the evaluation of community support systems". *Eval progr planning*, 5, pp. 69-79.
- BALTES, P. B., y BALTES, M. M. (1985): "The psychology of control and aging". N.S. Erlbaum, Hillsdale, UK.
- (1990): *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (1990): "Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimisation with compensation". En P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.): *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BALTES, P. B. (1991): "The many faces of human ageing: toward a psychological culture of old age". *Psychological Medicine*, 21, pp. 837-854.
- (1999): "Alter und altern als unvollendete architektur der humanontogenese". *Z gerontol geriatr*, 32, pp. 433-448.
- BALTES, P. B., y MAYER, K. U. (1999): *The Berlin Aging Study*. Cambridge. Cambridge University Press.

- BANDURA, A. (1977): "Towards a unifying theory of behavioural change". *Psychological Review*, 84, pp. 191-215.
- (1991): "Self-efficacy mechanism in physiological activation and health promoting behavior". En J. Madden, S. Mathysse y J. Barchas (eds.): *Neurobiology of learning, emotion and affect*. Nueva York: Raven Press.
- BANKS, M. H. (1983): "Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample". *Psychological Medicine*, 13, pp. 349-354.
- BAREFOOT, J. C.; MAYNARD, K. E.; BECKHAM, J. C.; BRUMMELT, B. H.; HOOKER, K., y SIEGLER, I. C. (1998): "Trust, health and longevity". *J Behav Med*, 21, pp. 517-526.
- BARRERA, M. (1986): "Distinctions between social support concepts, measures and models". *American Journal of Community Psychology*, 14, pp. 413-445.
- (1988): "Models of social support and life stress". In Cohen, L. H. (ed.): *Life events and psychological functioning*. Theoretical and methodological issues. London: Sage.
- BARRETO, P.; CORRAL, M. E.; MUÑOZ, J., et al. (1998): "Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud". *Atención Primaria*, 22, pp. 491-496.
- BARLOW, D. H. (1988): *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford.
- BAYLES, K. A., y KASNAK, A. M. (1987): *Communication and cognition in normal aging and dementia*. London: Tylor and Francis.
- BAZTÁN, J. J.; PEREZ DEL MOLINO, J., et al. (1993): "Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28, pp. 32-40.
- BAZTÁN, J. J.; GONZÁLEZ, J. I., y DEL SER, T. (1994): "Escala de actividades de la vida diaria". En T. Del Ser y J. Peña-Casanova: *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: JR Prous Editores.
- BECK, A. T. (1967): *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- (1987): "Cognitive models of depression". *Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly*, 1, pp. 5-37.
- BECK, A. T.; RUSH, J. A.; SHAW, B. F., y EMERY, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. (Traducción castellana, *Terapia Cognitiva de la depresión*, DDB, Bilbao, 1983.)
- BECKER, M.; DIAMOND, R., y SAINFORT, F. (1993): Factors affecting quality of life evaluations, paper presented at *Faculty residents and staff research division seminar*, University of Wisconsin Medical School, Madison, Wisconsin.
- BECKMAN, A. T. F.; KRIEGSMAN, D. M. W.; DEG, D. J. H., y VAN TILBURG, W. (1995): "The association of physical health and depression in the older population: age and sex differences". *Social Psychiatry and Psychogeriatric Epidemiology*, 30, pp. 32-38.
- BELSKY, J. K. (1996): *Psicología del envejecimiento: Teoría, investigación e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- BELLÓN, J. A.; DELGADO, A.; DE DIOS J., y LARDELLI, P. (1996): "Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11". *Aten. Primaria*, 18, pp. 153-163.

- BENJAMIN, S.; DECALMER, P., y HARAN, D. (1982): "Community screening for mental illness: a validity study of the General Health Questionnaire". *British Journal of Psychiatry*, 140, pp. 174-180.
- BENTON, A. L.; VAN ALLEN, M. W.; HAMSHER, K., y LEWIN, H. S. (1978): *Test of facial recognition*. Iowa city: University of Iowa Hospital.
- BERGNER, M. (1989): "Quality of life, health status and clinical research". *Med care*, 27 (suppl), pp. 1485-1456.
- BERGNER, M.; BOBBITT, R. A.; CARTER, W. B., y GILSON, B. S. (1981): "The sickness impact profile: development and final revision of health status measure". *Med. Care*, 19, pp. 787-805.
- BERMEJO, F., y DEL SER, T. (1993): *Demencias, conceptos actuales*. Madrid: Díaz de Santos.
- BERMEJO, F. P.; ALOM, J., y PEÑA-CASANOVA, J. (1994): "Registro multicéntrico de casos incidentes de demencia. Un estudio del grupo de demencias de la Sociedad Española de Neurología". *Neurología*, 9, pp. 401-406.
- BERMEJO, F. P.; RIVERA, J., y TRINCADO, R. S. (1998): "Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia". Madrid: Díaz de Santos.
- BERMEJO, F. P., y BERBEL, A. G. (1998): "Epidemiología analítica de la enfermedad de Alzheimer. Factores de riesgo". En R. Alberca y S. López-Pousa (eds.): *La enfermedad de Alzheimer*. Madrid. SB Edits.
- BERMEJO, F. P.; VEGA, S., y OLAZARÁN, J. (1998): "Alteración cognitiva leve en el anciano". *Rev. Clin. Esp.*, 198, pp. 159-165.
- BERMEJO, F. P. (2001): La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer. En R. Fernández-Ballesteros y J. Díez Noolas (eds.): *Libro blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Madrid: Obra Social Cajamadrid.
- BERTRÁN, J., y PASARÍN, A. (1992): "La escala de Barthel en la valoración funcional de los ancianos". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 27(8), p. 135.
- BERWICK, R., y WEINBERG, A. (1984): *The grammatical basis of linguistic performance: language use and acquisition*. Cambridge: MIT Press.
- BIGELOW, D. A.; BRODSKY, G.; STEWART, L., y OLSON, M. M. (1982): "The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services". En G. J. Stalher y W. R. Tash (eds.): *Innovative approaches to mental health evaluation*. Nueva York: Academic Press Inc.
- BINSTOCK, R., y GEORGE, L. (2001): *Handbook of aging and the social sciences*, fifth edition (San Diego, CA: Academic Press).
- BIRREN, J. E., y DIECKMANN, L. (1991): "Concepts and content of quality of life in the later years: an overview". En Birren, Lubben, Cichowlas y Deutchman (eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press, Inc.
- BIRREN, J. E., y SCHAIE, K. W. (eds.) (1996): *Handbook of the psychology of aging (4th ed)*. San Diego, CA: Academic Press.
- (2001): *Handbook of the psychology of aging (5th ed)*. San Diego, CA: Academic Press.
- BLAZER, D.; BURCHETT, B.; SERVICE, C., y GEORGE, L. K. (1991): "The association of age and depression among the elderly: An epidemiological exploration". *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 46, M210-M215.

- BLAZER, D.; GEORGE, L. K., y HUGHES, D. (1991): "The epidemiology of anxiety disorder". En C. Salzman and B. D. Lebowitz (eds.): *Anxiety in the elderly: treatment and research* (pp. 17-30). New York: Springer.
- BLAZQUEZ, N. (1996): "Bioética fundamental". Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.
- BLUMENTHAL, J. A.; EMERY, C. F.; MADDEN, D. J.; GEORGE, L. K.; COLEMAN, R. E.; RIDDLE, M. W.; MCKEE, D. C.; REASONER, J., y WILLIAMS, R. S. (1989): "Cardiovascular and behavioural effects of aerobic exercise training in healthy older men and women". *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 44, M147-M157.
- BOLLA-WILSON, K., y BLEECKER, M. L. (1989): "Absence of depression en elderly adults". *Journal of Gerontology*, 44 (2), pp. 53-55.
- BOROD, J. C.; GOODGLASS, H., y KAPLAN, E. (1980): "Normative data on the Boston Diagnostic Aphasia Examination, Parietal Lobe Battery and the Boston Naming Test". *Journal of Clinical Neuropsychology*, 2, (209-215).
- BOSSCHER, R. J. (1994): "Self-efficacy expectations". En D. J. H. Deeg y M. Westendorp-de Seriere (eds.): *Autonomy end web-being in the aging population. I: Report from the longitudinal aging study Amsterdam 1992-1993*. Amsterdam: VU University Press.
- BOSSÉ, R.; LEVENSON, M. R.; SPIRO, A.; ALDWIN, C. M., y MROCEK, D. K. (1991): "For whom is retirement stressful? Findings from the normative aging study". *Facts and research in Gerontology*, pp. 393-408.
- BOTWINICK, J. (1984): *Aging and behaviour*. Nueva York: Springer.
- BOTWINICK, J., y STORANDT, M. (1974): *Memory, related functions and age*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- BOWLES, N. L. (1989): "Age and semantic inhibition in word retrieval". *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, pp. 88-90.
- BOWLES, N. L., y POON, L. W. (1985): "Aging and retrieval of words in semantic memory". *Journal of Gerontology*, 40, pp. 71-77.
- (1988): "Age and context effects in lexical decisions: an age by context interaction". *Experimental Aging Research*, 14, pp. 201-206.
- BOWLING, *et al.* (1983): "Changes in life satisfaction over two and a half year period among very elderly people living in London". *Social Science and Medicine*, 36, pp. 641-655.
- BRANCH, L. G.; KATZ, S., *et al.* (1984): "A prospective study of functional status among community elders". *American Journal of Public Health*, 74, pp. 266-268.
- BRANDSTADTER, J.; VENTURA, D., y GREVE, W. (1993): "Adaptative resources of the aging self: outlines of a emergent perspective". *Int J Behav Dev*, 16, pp. 323-349.
- BRIDGES, K. W., y GOLDBERG, D. P. (1986): "The validation of the GHQ-28 and the use of the MMSE in neurological in-patients". *British Journal of Psychiatry*, 148, pp. 548-553.
- BRINK, T. L.; YESAVAGE, J. A.; LUM, O., *et al.* (1982): "Screening tests for geriatric depression". *Clinical Gerontologist*, 1, pp. 37-43.

- BROADHEAD, W. E.; KAPLAN, B. H.; JAMES, S. A.; WAGNER, E. H., y SCHOENBACH, V. J. (1983): "The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health". *American Journal of Epidemiology*, 117, pp. 521-537.
- BROODMAN, K.; ERDMAN, A. J.; LORGE, I.; WOLF, G., y BROADBENT, T. H. (1949): "The Cornell Medical Index: an adjunct to the medical interview". *JAMA*, 140, pp. 530-545.
- BROWN, G. W., y HARRIS, T. O. (1987): *The social origins of depression*. London: Tavistock.
- BROWNELL, A., y SHUMAKER, S. A. (1984): "Social support: An introduction to a complex phenomenon". *Journal of Social Issues*, 40, pp. 1-9.
- BRUCE, P. R., y HERMAN, J. F. (1983): "Adults mental rotation of spatial information: effects of age, sex and cerebral laterality". *Experimental Aging Research*, 9, pp. 83-85.
- BUENDÍA, J., y RIQUELME, A. (1991): Depresión, autoestima y apoyo social en ancianos. Comunicación al III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona, Septiembre.
- (1994): Envejecimiento y depresión. En J. Buendía (comp.): *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- BULLINGER, M. (1993): "Indices versus profiles-advantages and disadvantages". En S. R. Walker y R. M. Rosses (eds.): *Quality of life assessment: key issues in the 1990's*. Dordrecht, Boston, Londres: Kluwer Academic.
- BURKE, D. M., y LIGHT, L. L. (1985): "Memory and aging: The role of retrieval processes". *Psychological Bulletin*, 90, pp. 513-546.
- BURKE, D. M.; MACKEY, D.; WHORTHEY, J., y WADE, E. (1991): "On the tip of the tongue: what causes word finding failures in young and old adults?". *Journal of Memory and Language*, 30, pp. 542-579.
- BURKE, D. M.; WHORTHEY, J., y MARTIN, J. (1988): "I'll never forget what's-her-name: aging and tip of the tongue experiences in everyday life". En M. M. Gruneberg, P. E. Morris y R. N. Sykes (eds.): *Practical aspects of memory: current research and issues*. Vol. 2. *Clinical and education implications*. Chichester: John Wiley and sons.
- BURNS, A.; LAWLOR, B.; CRAIG, S., et al. (1999): *Assessment scales in old age psychiatry*. Martin Duniz Ltd.: London.
- CAPLAN, D.; BAKER, C., y DEHAUT, F. (1985): "Syntactic determinants of sentence comprehension in aphasia". *Cognition*, 21, pp. 117-175.
- CAPLAN, G. (1974): *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- CARAMAZZA, A.; BASILI, A.; KOLLER, J. J., y BERNDT, R. S. (1981): "An investigation of repetition and language processing in a case of conduction aphasia". *Brain and Language*, 14, pp. 235-271.
- CARSTENSEN, L. L. (1990): "Cambios relacionados con la edad en la actividad social". En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein: *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca.
- CASSEL, J. (1974): "Psychosocial processes and stress: Theoretical formulations". *International Journal of Health Services*, 4, pp. 471-482.

- (1976): "The contribution of the social environment to host resistance". *American Journal of Epidemiology*, 104, pp. 107-123.
- CASSILETH, B. R.; LUSK, E. J.; STROUSE, T. B.; MILLER, D. S.; BROWN, L. L.; CROSS, P. A., y TENAGLIA, A. N. (1984): "Psychological status in chronic illness". *New England Journal of Medicine*, 40, pp. 153-193.
- CHIRIBOGA, D. A. (1987): "Social support". En L. G. Maddox (ed.): *The Encyclopedia of Aging*. Nueva York: Springer.
- CIRES-Tercera Edad (1992): Boletín CIRES de Mayo. Madrid: CIRES.
- COBB, S. (1976): Social support as a moderator of life stress. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 38, pp. 300-314.
- COHEN, G., y FAULKNER, D. (1984): "Memory in old age: 'Good in parts'". *New Scientist*, 11, pp. 49-51.
- COHEN, S. (1988): "Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease". *Health Psychology*, 7, pp. 269-297.
- (1991): "Anxiety and general medical disorders". En C. Salzman y B. D. Lebowitz (eds.): *Anxiety in the elderly: Treatment and research* (pp. 47-62). New York: Springer.
- (1992): "Stress, social support and disorder". En H. Baumann y U. Veiel (eds.): *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.
- (1992): "The future of mental health and aging". En J. E. Birren, R. B. Sloan, y G. D. Cohen (eds.): *Handbook of mental health and aging (2nd ed)*. San Diego, CA: Academic Press.
- COHEN, S., y WILLS, T. A. (1986): "Stress, social support and the buffering hypothesis". *Psychological Bulletin*, 98, pp. 310-357.
- COLSHER, P. L., y WALLACE R. B. (1991): "Epidemiological considerations in studies of cognitive function in the elderly: methodology and non-dementing acquired dysfunction". *Epidemiol Rev*, 13: pp. 1-34.
- CONNELY, L. (1993): "Inhibition and aging: the role of inhibitory mechanisms in the cognition processes of the elderly". Symposium on inhibition, TENNET, Montreal, 13 may.
- CONNIDIS, I. A., y McMULLIN, J. A. (1994): "Social support in older age: assessing the impact of marital and parent status". *Canadian Journal on Aging*, 13, pp. 510-527.
- Consumer Reports (2000, May): *The mainstreaming of alternative medicine*, pp. 17-25.
- CONWELL, Y. (1994): "Suicide in elderly patients". En L. S. Schneider, C. F. Reynolds III; B. D. Lebowitz y A. J. Friedhoff (eds.): *Diagnosis and treatment of depression in late life* (pp. 397-418). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- COOLEY, C. H. (1902): *Human nature and the social order*. New York: Charles Scribner's Sons.
- COPELAND, J. R.; MCCracken C. F., y DEWEY, M. E. (1999): "Undifferentiated dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia: age-and gender-related incidence in Liverpool". *The MRC-ALPHA Study. Br J Psychiatry*, 175, pp. 433-438.
- COUCEIRO, A. (1999): *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela.

- COYNE, J. C. (1994): "Self-reported distress: Analog or ersatz depression?" *Psychological Bulletin*, 116, pp. 29-45.
- CRAIK, F. I. M. (1994): "Memory changes in normal aging". *Current directions in psychological science*, 3, pp. 155-158.
- CRAIK, F. I. M., y JENNINGS, J. M. (1992): "Human memory". En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (eds.): *The handbook of aging and cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- CRAIK, F. I. M., y McDOWD, J. M. (1987): "Age differences in recall and recognition". *Journal of Experimental Psychology: Learning, memory and cognition*, 13, pp. 474-479.
- Criteria Committee of the New York Heart Association (1964): *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the hearth and great vessels*. Boston: Little Brown and CO.
- CROOK, T. H., y WEST, R. L. (1990): "Name recall performance across the adult life-span". *British Journal of Psychology*, 81 (3), 335-351.
- CROOK, T. H., y LARRABEE, G. J. (1992): "Changes in facial recognition memory across the adult lifespan". *Journals of Gerontology: Psychological sciences*, 47, P138-P141.
- CSIKSZENTMIHALY, M. (1998): *Aprender a fluir*. Barcelona: Kaidós.
- CUMMINS, R. A. (1997): "Assessing quality of life". En R. Browmn (ed.): *Quality of life for people with disabilities*. Chentelham: Stanley Thornes.
- CUMMINS, R. A. (1999): "A psychometrica evaluation of the comprehensive quality of life scale-fifth edition". En L. L. Yuen y C. Low (eds.): *Urban quality of life: critical issues and options*. Singapore: University of Singapore press.
- CUMMINS, R. A. (2000): "Personal invome and subjective well-being: a review". *Journal of Happiness Studies*, 1(2).
- DAVIES, A. D. M., (1996): "Life events, haelth, adaptation and social support". En R. T. Woods (ed.): *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Chichester: John Wiley and Sons.
- DAVIS, P. B.; MORRIS, J. C.; GRANT, E., *et al.* (1990): "Brief screening tests versus clinical staging in senile dementia of the Alzheimer type". *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, pp. 129-135.
- DAVIS-BERMAN, J. (1990): "Physical self-efficacy, perceived physical status, and depressive symptomathology in older adults". *Journal of Psychology*, 124, pp. 207-215.
- DE LA SERNA, I. (2000): "Exploración en Psicogeriatría". En *Anual de Psicogeriatría Clínica*. Barcelona: Masson.
- DE LA REVILLA, L.; BAILÓN, E.; DE DIOS, J.; DELGADO, A.; PRADOS, M. A., y FLEITAS, L. (1991): "Validación de una escala de apoyo social funcional para el uso en la consulta del médico de familia". *Aten. Primaria*, 8, pp. 688-692.
- DE LEO, D., y DIEKSTRA, R. F. W. (1990): *Depression and suicide in late life*. Toronto: Hogrefe and Huber Publishers.
- DEAN, A.; KOLODY, B., y WOOD, P. (1990): "Effects of social support from various sources on depression in elderly persons". *Journal of Health and Social Behavior*, 31, pp. 148-161.

- DEEG, D. H. J. (1989): *Experiences from longitudinal studies of aging: conceptualisation, organization and output*. Nijmegen, The Netherlands: Eburon.
- (1989): *The feasibility of predicting longevity in the elderly: conceptual and empirical aspects*. Delft, The Netherlands: Eburon.
- (1995): "Research end the promotion of quality of life in older persons in the Netherlands." En E. Heikkinen, J. Kusinen y I. Ruoppila (eds.): *Preparation for aging*. Nueva York: Plenum Press.
- DEEG, D. H. J.; Haga, H., y YASAMURA, S. (1992): "Predictors in 10-year change in physical, cognitive and social function in Japanese elderly". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 15, pp. 163-179.
- DEEG, D. H. J.; KRIEGSMAN, D. M. W., y VAN ZONNEVELD, R. J. (1994): "Trends in the Netherlands 1956-1993 and projections of active life expectancy". En C. J. Mathers, et al.: *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7th meeting of the international network on health expectancy REVES*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- DEEG, D. H. J.; KARDAN, J. W. P. F. y FOZARD, J. L. (1996): "Health, behavior and aging". En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the psychology of aging (4th ed)*, 129-149. San Diego, CA: Academic Press.
- DEEG, D., y VAN ZONNEVELD, R. (1989): "Does happiness lengthen life?". En R. Veenhoven (ed.): *How harmful is happiness?*. Rotterdam: Rotterdam University Press.
- DENEVE, K., y COOPER, H. (1998): "The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being". *Psycho Bull*, 124, pp. 197-229.
- DEL SER, T., y PEÑA-CASANOVA, J. (1994): *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: JR Prous.
- DEYO, R. A. (1991): "The quality of life research and care". *Ann. Intern. Med.*, 114, pp. 695-696.
- DÍAZ VEIGA, P. (1987): "Evaluación del apoyo social". En R. Fernández-Ballesteros (ed.): *El ambiente: análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- DIENER, E.; SUH, E.M.; LUCAS, R. E., y SMITH, H. L. (1999): "Subjective well-being: three decades of progress". *Psychol Bull*, 125, pp. 276-302.
- DIMOND, M.; LUND, D. A., y CASERTA, M. S. (1987): "The role of social support in the first two years of bereavement in an elderly sample". *The Gerontologist*, 27 (5), pp. 599-604.
- DOBBS, A. R., y RULE, B. G. (1989): "Adult differences in working memory". *Psychology and Aging*, 4, pp. 500-503.
- DOLLARD, J., y MILLER, N. E. (1950): *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw Hill.
- DOWNES, M. (2000): "Ageing update. Dementia in a socio-cultural context: an idea whose time has come". *Ageing and Society*, 20, pp. 369-375.
- Duke University Center for the study of aging and human development (1978): *Multidimensional functional assessment: the OARS methodology*. Durham, NC: Duke University.
- DURKHEIM, E. (1951): *Suicide: a study in sociology*. Glencoe, IL: the free press.

- DUSTMAN, R. E.; EMMERSON, R. Y., y SHEARER, D. E. (1990): "Electrophysiology and aging: slowing, inhibition and aerobic fitness". En M. L. Howe, M. J. Stones y C. J. Brainerd (eds.): *Cognitive and behavioural performance factors in atypical aging*. NY: Springer-Verlag.
- EARNEST, M. P.; HEATON, R. K.; WILKINSON, W. E., y MANKE, W. F. (1979): "Cortical atrophy, ventricular enlargement and intellectual impairment in the aged". *Neurology*, 37, pp. 1015-1019.
- ELIAS, M. F.; ELIAS, J. W., y ELIAS, P. K. (1990): "Biological and health influences on behavior". En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the psychology of aging (3rd ed)*. San Diego, CA: Academic Press.
- ELIAS, M. F.; SCHILTZ, N. R.; ROBBINS, M. A., y ELIAS, P. K. (1989): "A longitudinal study of neuropsychological performance by hypertensives and normotensives: a third measurement point". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, pp. 25-28.
- ELWELL, F., y MALBIE-CRANNELL, A. D. (1981): "The impact of role loss upon coping resources and life satisfaction of the elderly". *Journal of Gerontology*, 36, pp. 223-233.
- EMERY, O. B. (1986): "Linguistic decrement in normal aging". *Language and communication*, 6, (1-2), pp. 47-64.
- ENSEL, W. M., y LIN, N. (1991): "The life stress paradigm and psychosocial distress". *Journal of Health and Social Behavior*, 32, pp. 321-341.
- ESCUDERO SANCHEZ, M. C.; LÓPEZ MARTÍN. I.; FERNÁNDEZ CARBAJO, N.; LÓPEZ LÓPEZ, G.; IBÁÑEZ COLAS, A.; GARCÍA CARMONA, R., y DELGADO ANTOLÍN, J. C. (1999): "Prevalencia de incapacidad funcional no reconocida en la población mayor de 74 años". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2, 1999, 34, pp. 86-91.
- ESLINGER, P. J., y BENTON, A. L. (1983): "Visuperceptual performance in aging and dementia: clinical and theoretical implications". *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 51, pp. 1037-1044.
- ESPEJO, J.; MARTINEZ, J.; ARANDA, J. M.; RUBIO, V.; ENCISO, I.; ZUNZUNEGUI, M. W., et al. (1997): "Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO)". *Atención Primaria*, 20, pp. 3-11.
- EVANS, M. E.; COPELAND, J. R. M., y DEWEY, M. E. (1991): "Depression in the elderly in the community: effect of physical illness and selected social factors". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, pp. 787-795.
- FONTECHA, B.; FERNÁNDEZ, M.; GARCÍA, S.; REIG, L.; CASANOVAS, T.; MATIN, M., y SÁNCHEZ, P. (2002): "Diversidad de enfermedades en la media estancia geriátrica". *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 12(3), pp. 128-160.
- FEINLIEB, M. F. (1991): "Proceedings of 1988 international symposium on data on aging, National Center for Health Statistics". *Vital and health statistics, series 5, 6*, p. 3269. Washington DC: US Government Printing Office.
- FEINSON, M. C. (1985): "Aging and mental health: distinguishing myth from reality". *Research on Aging*, 7, pp. 155-174.
- FELTON, B. J., y BERRY, C. A. (1992): "Do the sources of the urban elderly's social support determine its psychological consequences?". *Psychology and Aging*, 7, pp. 89-97.
- FERRER, J. J., y MARTÍNEZ, J. L. (2002): "Bioética: un diálogo plural". Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- FERGUSON, S. A.; HASHTROUDI, S., y JOHNSON, M. K. (1992): "Age differences in using source-relevant cues". *Psychology and Aging*, 7, pp. 443-452.

- FERNÁNDEZ, L.; VILLAVERDE, M. L.; GARCÍA, R.; MORALES, C. R.; MORERA, A., y DE LA FUENTE, J. (1995): "Estudio comunitario de prevalencia de trastornos depresivos en población geriátrica". *Anuario de Psiquiatría*, 11 (3), pp. 99-102.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997): "Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales". *Intervención Psicosocial*, 6 (1), pp. 21-35.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ZAMARRÓN, M. D., y MACÍ, A. (1997): "Calidad de vida en los distintos contextos". Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1998): "Quality of life: concept and assessment". En J. Adair, D. Bellanger, y K. Dion (eds.): *Advances in psychological science*, vol. 1: *Social, personal and cultural aspects*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., y GUERRERO, M. A. (1984): *Adaptación de instrumentos de evaluación para ancianos*. I Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; IZAL, M.; MONTORIO, I.; GONZÁLEZ, J. L., y DÍAZ, P. (1992): *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., y DÍEZ, J. (2001): *Libro blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Madrid: Obra Social Cajamadrid.
- FERNÁNDEZ-CASTRO, J.; ÁLVAREZ, M.; BLASCO, T.; DOVAL, E., y SANZ, A. (1998): "Validación de la escala de competencia personal de Wallston: implicaciones para el estudio del estrés". *Ansiedad y estrés*, 4 (1), pp. 31-41.
- FERRER, J. J. (2002): *Bioética: un dialogo plural*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- FIATARONE, M. A.; O'NEILL, E. F.; RYAN, N. D.; CLEMETS, K. M.; SOLARES, G. R.; NELSON, M. E.; ROBERTS, S. B.; KEHAYIAS, J. J.; LIPSITZ, L. A., y EVANS, W. J. (1994): "Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people". *New England Journal of Medicine*, 330, pp. 1769-1775.
- FILLENBAUM, G. G. (1980): "Comparison of two brief tests of organic brain impairment, the MSQ and the SPMSQ". *American Journal of the Geriatrics Society*, 28, pp. 381-384.
- FISHER, J. E.; GOY, E. R.; SWINGEN, D. N., y SZYMANSKI, J. (1994): *The functional context of behavioral disturbances in Alzheimer's disease patients*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego, CA.
- FISHER, J. E., y NOLL, J. P. (1996): "Anxiety disorder". En L. L. Carstensen, B. A. Edelstein, y L. Dornbrand (eds.): *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- FLEISHMAN, R., y SHMUELI, A. (1984): "Patterns of informal social support of the elderly: An international comparison". *The Gerontologist*, 24 (3), pp. 303-312.
- FLICKER, C.; BARTUS, R.; CROOK, T. H., y FERRIS, S. H. (1984): "Effects of aging and dementia upon recent visuospatial memory". *Neurobiological Aging*, 5, pp. 275-283.
- FLINT, A. J. (1994): "Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly". *American Journal of Psychiatry*, 151, pp. 640-649.
- FODOR, J. (1980): *La modularidad de la mente*. Madrid: Morata.

- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S.; PIMLEY, S., y NOVACEK, J. (1987): "Age differences in stress and coping processes". *Psychology and aging*, 2, pp. 171-184.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E., y MCHUGH, P. R. (1978): "Mini Mental State" a practical meted for grading the cognitivestate of patients for the clinician. *Journal of Psycriaty Research*, 12 (3), pp. 189-198.
- FONTECHA, B.; FERNÁNDEZ, M.; GARCÍA, S.; REIG, L.; CASANOVA, T.; MARTÍN, M., y SANCHEZ, P. (2002): Diversidad de enfermedades en la media estancia geriátrica. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12 (3): 128-160.
- Fundación Pfizer (2002): Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Madrid: Fundación Pfizer.
- 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*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- FRATIGLIONI, L.; LAUNER, L. J., y ANDERSEN, K. (2000): "Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the elderly research group". *Neurology*, 54 (suppl. 5): S10-S15.
- FRIED, L. P.; ETTINGER, W. H.; LIND, B., *et al.* (1994): "Pysical disability in older adults: a physiological approach". *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, pp. 747-770.
- FRIES, J. F. (1980): "Aging, natural death and the compression of morbidity". *New England Journal of Medicine*, 303, pp. 130-135.
- (1983): "The compression of morbidity". *Milbank memorial fund quaterly health and society*, 61, pp. 397-419.
- (1990): "Aging, natural death and the compression of morbidity". *New England Journal of Medicine*, 303, pp. 130-135.
- FRIES, J. F.; GREEN L. W., y LEVINE, S. (1989): "Health promotion and the compression of morbidity". *Lancet*, pp. 481-483.
- GAFO, F. J. (2000): Diez palabras clave en bioética. Estella: Verbo Divino.
- GALLAGHER, D., y THOMPSON, L. W. (1983): "Depression". En P. M. Lewinsohn y L. Teri (eds.): *Clinical Geropsychology: New directions in assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- GALLO, J. J.; ANTHONY, J. C., y MUTHEN, B. O. (1994): "Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, pp. 251-264.
- GALTUNG, J. (1980): "The basic needs approach". En K. Lederer (comp.): *Human needs*, Cambridge, Harvard Press.
- GANZINI, L.; SMITH, D. M.; FENN, D. S. y LEE, M. A. (1997): "Depression and mortality in medically ill older adults". *The American Geriatrics Society*, 45, pp. 307-312.
- GARCÍA, M. A., y HOMBRADOS, M. I. (2002): "Control percibido y bienestar subjetivo. Un análisis de la literatura gerontológico". *Rev. Mult. Gerontol.*, 12(2), pp. 90-100.
- GARCÍA-MONTALVO, J. I.; RODRIGUEZ, L., y RUIPÉREZ, I. (1992): "Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de Geriatria". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 27, pp. 129-133.

- GATZ, M.; KASL-GODLEY, J. E., y KAREL, M. J. (1996): "Aging and mental disorders". En J. E. Birren and K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the psychology of aging*. London: Academic Press.
- GEORGE, L. K. (1980): *Role transitions in later life: a social stress perspective*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- (1981): "Subjective well-being: conceptual and methodological issues". En C. Eisdorfer (ed.): *Annual review of Gerontology and Geriatrics*, 2. Nueva York: Springer.
- (1994): "Social factors and depression in late life". En L. S. Schneider, C. F. Reynolds III, B. D. Lebowitz y A. J. Friedhoff (eds.): *Diagnosis and treatment of depression in late life* (pp. 131-153). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- GEORGE, L. K., y BEARON, L. B. (1980): *Quality of life in older persons: meaning and measurement*. Nueva York: Human Sciences Press.
- GIAMBRA, L. M. (1989): "Task-unrelated-thought frequency as a function of age: A laboratory study". *Psychology and Aging*, 4, pp. 136-143.
- GODLOVE, C.; RICHARD, L., y RODWELL, G. (1982): *Time for action: an observation study of elderly people in four different care environments*. Sheffield: University Press.
- GOLDBERG, D. P., y HILLIER, V. F. (1979): "A scaled version of the General Health Questionnaire". *Psychological Medicine*, 9, pp. 139-145
- GOLDBERG, D. P., y BRIDGES, K. W. (1987): "Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire". *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37, pp. 15-18.
- GOLDBERG, D.; BRIDGES, K.; DUNCAN-JONES, P., et al. (1986): "Detecting anxiety and depression in general medical settings". *British Medical Journal*, 97, pp. 897-899.
- GOLSTEIN, F. C.; GREEN, J.; PRESLEY, R., y GREEN, R. C. (1992): "Dysnomis in Alzheimer's disease: an evaluation of neurobehavioral subtypes". *Brain and Language*, 43 (2), pp. 308-323.
- GONZALEZ, M. A. (1988): "Características técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de depresión: estudio piloto para la baremación y adaptación de la GDS y la BDI a la población geriátrica española". *Geriatrka*, 4 (5), pp. 235-240.
- GOTLIB, I. H., y COLBY, C. A. (1987): *Treatment of depression an interpersonal systems approach*. New York: Pergamon Press.
- GOTTLIEB, B. H. (1981): "Social networks and social support en community mental health". En B. H. Gottlieb (ed.): *Social networks and social support*. London: Sage.
- (1985): "Social support and the study of personal relationships". *Journal of Social and Personal Relationships*, 2, pp. 351-375.
- GRACIA, E.; HERRERO, J., y MUSITU, G. (1995): *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- GRAFMAN, J. (1989): "Plans, actions and mental sets: Managerial knowledge units in the frontal lobes". En E. Perecman (ed.): *Integrating theory and practice in Clinical Neuropsychology*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- GRAND, A.; GROSCLAUDE, P.; BOCQUET, P. y ALBARADE (1988): "Predictive value of life events, psychosocial factors and self-related health on disability in an elderly rural French population". *Social Science in Medicine*, 27, pp. 1337-1342.
- GRAND, A.; GROSCLAUDE, P., *et al.* (1990): "Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural French population". *Journal of Clinical Epidemiology*, 43, pp. 773-782.
- GREMBOWSKY, D.; PATRICK, D.; DICHR, P., *et al.* (1993): "Self-efficacy and health behavior among older adults". *Journal of health and social behavior*, 34, pp. 89-104.
- GRODZINSKY, Y. (1990): *Theoretical perspectives on language deficits*. Cambridge: MIT Press.
- GUAYTE, R. (2001): "Aspectos biológicos del envejecimiento: estado de salud de la mujer europea de mediana y avanzada edad". *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 11(4), pp. 153-155.
- GUPTA, V., y KORTE, C. (1994): "The effects of a confidant and a peer group on the well being of single elders". *International Journal of Aging and Human Development*, 39, pp. 293-302.
- GURALNIK, J. M. (1991): "Prospects for the compression of morbidity". *Journal of Aging and Health*, 3, pp. 132-154.
- GURALNIK, J. M., y KAPLAN, G. A. (1989): "Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study". *American Journal of Public Health*, 79, pp. 703-708.
- GURALNIK, J. M., y SIMONSICK, E. M. (1993): "Physical disability in older americans". *Journals of Gerontology*, 48, pp. 3-10.
- GURIAN, B., y MINER, J. H. (1991): "Clinical presentation of anxiety in the elderly". En C. Salzman y L. F. Jarvik (eds.): *Comprehensive review of Geriatric Psychiatry* (pp. 25-40). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- GURLAND, B.; COPELAND, J.; KURIANSKY, J.; KELLEHER, M.; SHARPE, L., y DEAN, L. L. (1983): *The mind and mood of aging: mental health problems of the community elderly in New York and London*, New York: Hawthorne Press.
- GURLAND, B.; WILDER, D. E.; GOLDEN, R.; TERESI, J. A.; GURLAND, R., y COPELAND, J. R. M. (1988): "The relationship between depression and disability in the elderly –data from the comprehensive assessment and referral evaluation (CARE)". En J. P. Wattis and I. Hindmarch: *Psychological assessment of the elderly*. Edimburgo: Churchill Livingstone.
- GUTTMAN, R. (1981): "Performance on the Raven Progressive Matrices as a function of age, education and sex". *Educational Gerontology*, 7, pp. 49-55.
- HAGLUND, R. M. J., y SCHUCKIT, M. A. (1976): "A clinical comparison of tests of organicity in elderly patients". *Journal of Gerontology*, 31, pp. 654-659.
- HAKIM, A. A.; PETROVITCH, H.; BURCHFIELD, C. M.; ROSS, W. G.; RODRIGUEZ, B. L.; WHITE, L. R.; KATSUHIKO, Y.; CURB, D., y ABBOTT, R. D. (1998): "Effects of walking on mortality among non-smoking retired men". *New England Journal of Medicine*, 338, pp. 94-99.
- HANDEN, B. L. (1991): The influence of social support factors on the well being of the elderly. En P. A. Wisocki (ed.): *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client*. Plenum Press, New York.

- HANSEN, N. (1977): "Epidemiological studies in the Nordic countries. The Glostrup study". *Nordic Council of Arctic Medical Research Reports*, 19, p. 58.
- HASHER, L., y ZACKS, R. T. (1979): "Automatic and effortful processes in memory". *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, pp. 356-388.
- (1988): "Working memory, comprehension, and aging: A review and a new view". En G. Bower (ed), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (vol. 22, pp. 193-225). San Diego, CA: Academic Press.
- HARKINS, S. W. (1996): "Geriatric pain. Pain perceptions in the old". *Clinics in Geriatric Medicine*, 12 (3), pp. 435-459.
- HAYFLICK, L. (1987): "Biología celular y bases teóricas del envejecimiento humano". En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (eds.): *Gerontología clínica. El envejecimiento y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca, pp. 15-30.
- HAYS, J. C.; KASL, S., y JACOBS, S. (1994): "Past personal history of dysphoria, social support and psychological distress following conjugal bereavement". *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, pp. 712-718.
- HEIDRICH, S. M. (1993): "The relationship between physical health and psychological well-being in elderly women: A developmental perspective". *Research in Nursing and Health*, 16, pp. 123-130.
- HEIKKINEN, E.; ERA, P.; JOKELA, J., *et al.* (1993): "Socioeconomic and life-style factors as modulators of health and functional capacity with age". En J. J. F. Schroots (ed.): *Ageing, health and competence*. Amsterdam: Elsevier.
- HELLER, D.; DE FRAIRE, U.; PEDERSEN, N.; DAHLEN, G., y McLEAN, G. (1993): "Genetic and environmental influences on serum lipid levels in twins". *New England Journal of Medicine*, 328, pp. 1150-1156.
- HENDERSON, S. (1992): "Social support and depression". En H. O. F. Veiel y U. Baumann (eds.): *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.
- HERMAN, J. F., y COYNE, A. C. (1980): "Mental manipulation of spatial information in young and elderly adults". *Development Psychology*, 16, pp. 537-538.
- HERNÁNDEZ, J. M., y POZO, C. (1999): "Mejora del funcionamiento de la memoria". En I. Montorio y M. Izal (eds.): *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- HERSEN, M., y VAN HASSELT, V. B. (1992): "Behavioral assessment and treatment of anxiety in the elderly". *Clinical Psychology Review*, 12, pp. 619-640.
- HIMMELFARB, S. (1984): "Age and sex differences in the mental health of older persons". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, pp. 844-856.
- HIMMELFARB, S., y MURRELL, S. A. (1984): "The prevalence and correlates of anxiety symptoms in older adults". *Journal of Psychology*, 116, 159-167.
- HOLAHAN, C. K., y HOLAHAN, Ch. J. (1987): "Self-efficacy, social support, and depression in aging: a longitudinal analysis". *Journal of Gerontology*, 42 (1), pp. 65-88.
- HOLDEN, W. P., y WOODS, R. T. (1982): "Reality orientation: psychological approaches to the confused elderly". Churchill Livingstone. Edinburgh.

- HOLLAND, C. A., y RABBIT, P. M. A. (1990): "Autobiographical and test recall in the elderly: an investigation of a processing resource deficit". *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 42 A (3), pp. 441-471.
- HOLLINGSHEAD, A., y READLICH, F. (1958): *Social class and mental illness*. Nueva York: Willey.
- HORNOQUIST, J. O. (1989): "Quality of life: concepts and assessment". *Scand J. Soc. Med.*, 18, pp. 68-79.
- HUBER, P.; MULLIGAN, R.; MACKINNON, A., *et al.* (1999): "Detecting anxiety and depression in hospitalised elderly patients using a brief inventory". *European Psychiatry*, 14, pp. 11-16.
- HUBERT, H. B.; BLOCH, D. A., y FRIES, J. F. (1993): "Risk factors for physical disability in an aging cohort: The NHANES epidemiologic followup study". *Journal of Reumatology*, 20, pp. 480-488.
- HULTSCH, D.F., y DIXON, R. A. (1990): "Learning and memory in aging". En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the psychology of aging* (3rd edit, pp. 258-274). San Diego, CA: Academic Press.
- HULTSCH, D. F.; MASSON, M., y SMALL, B. (1991): "Adult age differences in direct and indirect tests of memory". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, pp. 22-30.
- HUNT, S. M., y McEWEN, J. (1980): The development of a subjective health indicator. *Soc Health*, 2, pp. 231-246.
- HUPPERT, F. A.; BRAYNE, C., y O'CONNOR, D. W. (1994): *Dementia and normal aging*. Cambridge University Press. England.
- HYER, L., y BLAZER, D. G. (1982): "Depressive symptoms: Impact and problems in long term care facilities". *International Journal of Behavioral Geriatrics*, 1 (3), pp. 33-44.
- HYER, L.; GOUVEIA, I.; HARRISON, W. R., *et al.* (1987): "Depression, anxiety, paranoid reactions, hypocondriasis and cognitive decline of later-life patients". *Journal of Gerontology*, 42, pp. 92-94.
- IDLER, EL (1993): "Age differences in self-assessment of health: age changes, cohort differences or survivorship?". *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, pp. 289-300.
- IDLER, E., y KASSEL, S. (1991): "Health perceptions and survival: do global evaluations of health really predict mortality?". *J. Geront.*, 46, p. 586.
- IDLER, E., y BENJAMINI, Y. (1997): "Fifteen years of self-assessed health". *J. Health Social Behav*, 38, pp. 21-37.
- IKELS, C., y BEALL, C. M. (2001): "Age, aging and anthropology". En R. H. Binstock y L. K. George (2001): *Handbook of aging and the social sciences*. New York. Academic Press.
- 352 IMSERSO (2000): *Las personas mayores en España*. Informe 2000. Madrid. IMSERSO.
- INE (1999): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999*. Madrid.
- INGERSOLL-DAYTON, B., y TALBOTT, M. M. (1992): "Assessment of social-support exchanges: cognitions if the old-old". *International Journal of Aging and Human Development*, 35, pp. 125-143.
- ISRAEL, L. (1992): "Método de entrenamiento en memoria". Madrid. Senar.
- Izal, M., y MONTORIO, I. (1996): "Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en diferentes subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospital de día". *Revista de Gerontología*, 6 (4), pp. 329-338.

- (eds.) (1999): *Gerontología conductual: bases para la intervención y ámbito de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- JACKSON, P. B. (1992): "Specifying the buffering hypothesis: Support, strain and depression". *Social Psychology Quarterly*, 55, pp. 363-378.
- JACOBY, L. L. (1991): "A process dissociation framework: separating automatic from intentional uses of memory". *Journal of Memory and Language*, 30, pp. 513-541.
- JACOBY, L.L.; TOTH, J. P., y YONELINAS, A. P. (1993): "Separating conscious and unconscious influences of memory: Measuring recollection". *Journal of Experimental Psychology: General*, 122, pp. 139-154.
- JAGGER, C.; CLARKE, M., y CLARKE, S. J. (1991): "Getting older-feeling younger: the changing health profile of the elderly". *International Journal of Epidemiology*, 20, pp. 234-238.
- JARVIK, L. F., y PERL, M. (1981): "Overview of psychologic disfunction and the production of psychiatric problems in the elderly". En A. Levenson y R. C. Hall (eds.): *Psychiatric Management of Physical Disease in the Elderly*. New York: Raven Press, pp. 1-15.
- JORM, A. F. (1990): *Epidemiology of Alzheimer's disease and related disorders*. Londres: Chapman and Hall.
- JORM, A. F.; KORTEN, A. E., y HENDERSON, A. S. (1987): "The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature". *Acta Psychiat Scand*, 76, pp. 465-479.
- JUNCOS, O. (1992): "The processing of negative sentences in fluent aphasics: semantic and pragmatic aspects". *Brain and Language*, 43, pp. 96-106.
- (1992): "Telling stories in the elderly: age and gender effects". Póster presentado en la Vth European Conference on Developmental Psychology. Sevilla, Spain, 6-9 septiembre.
- (1996): "Narrative speech in the elderly. Effects of age and education on telling stories". *International Journal of Behavioral Development*, 19, pp. 669-685.
- (1998): *Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención*. Barcelona: Masson.
- JUNCOS, O., e IGLESIAS, F. (1992): "Linguistic communication in normal aging: a cross-linguistic study". Póster presentado en la Vth European Conference on Developmental Psychology. Sevilla, Spain, 6-9 septiembre.
- JUNQUE, C., y JURADO, M. A. (1994): *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martínez-Roca.
- KAHN, R. L.; GOLDFARB, A. I.; POLLACK, P. M., et al. (1960): "Brief objective measures for the determination of mental status in the aged". *American Journal Psychiatry*, 117, pp. 326-328.
- KANE, R. A., y KANE, R. L. (1981): *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington: Lexington Books.
- KANNEL, W. B., y GORDON, T. (1980): "Cardiovascular risk factors in the aged: the Framingham study". En S. G. Haynes y M. Freinleih (eds.): *Second conference on the epidemiology of aging*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- KAPLAN, B. H.; CASSEL, J. C., y GORE, S. (1977): "Social support and health". *Medical Care*, 13, pp. 47-58.

- KAPLAN, G. A.; GOLDBERG, D. E.; EVERSON, J. A., *et al.* (1996): "Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study". *Int. J. Epidemiol*, 25, pp. 259-265.
- KAPLAN, G. A.; STRAWBRIDGE, W. J.; CAMACHO, T., y COHEN, R. D. (1993): "Factors associated with change in physical functioning in the elderly". *Journal of Aging and Health*, 5, pp. 140-153.
- KAPLAN, R. M. (1994): "The Ziggy theorem: toward an outcomes-focused health psychology". *Health Psychol*, 13, pp. 451-460.
- KAPLAN, R. M., y TOSHIMA, M. T. (1990): "The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability". En B. R. Sarason, I. G. Sarason y G. R. Pierce (comps.): *Social support: an interactional view* (pp. 427-453). New York: Wiley.
- KARAJI, B.; RIFKIN, A.; DODDI, S., y KOLLI, R. (1990): "The prevalence of anxiety disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease". *American Journal of Psychiatry*, 147 (2), pp. 200-201.
- KARNOFSKY, D. A., y BURCHENAL, J. H. (1949): "The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer". En C. M. McLeod (ed.): *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Nueva York: Columbia University Press.
- KATON, W., y ROY-BYRNE, P. P. (1991): "Mixed anxiety and depression". *Journal of abnormal Psychology*, 100, pp. 337-345.
- KATSCHNIG, H. (2000): "Utilidad del concepto de calidad de vida en Psiquiatría". En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (dir.): *Calidad de vida en los trastornos mentales*, Barcelona: Masson.
- KATZ, S., y GURLAND, B. J. (1991): "Science of quality of life of elders: challenges and opportunities". En J. Birren, J. C. Lubben, J. C. Rowe y D. E. Deutch (eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Los Angeles: Academic Press.
- KAUSLER, D. H. (1994): *Learning and memory in normal aging*. San Diego, CA: Academic Press.
- KAY, P., y ELLIS, E. (1987): "A cognitive neuropsychological case study of anomia: implications for psychological models of word retrieval". *Brain*, 110, pp. 613-629.
- KAZDIN, A. E., y KAGAN, J. (1994): "Models of dysfunction in developmental psychopathology". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, pp. 35-52.
- KEMPER, S. (1987): "Life span changes in syntactic complexity". *The Journals of Gerontology*, 42, pp. 323-328.
- (1988): "Geriatric psycholinguistics: syntactic limitations of oral and written language". En L. L. Light y D. M. Burke (eds.): *Language, memory and aging*. New York: Cambridge University Press.
- (1992): "Language and aging". En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (eds.): *The handbook of aging and cognition*. Hillsdale: LEA.
- KEMPER, S.; KYNETTE, D.; RASH, SH.; O'BRIEN, K., y SPROTT, R. (1989): "Life-span changes in adult's language: effects of memory and gender". *Applied Psycholinguistics*, 10, pp. 49-66.
- KENNEDY, G. J.; KELMAN, H. R., y THOMAS, C. (1990): "The emergence of depressive symptoms in late life: the importance of declining health and increasing disability". *Journal of Community Health*, 15, pp. 93-103.

- KESSLER, R. C.; MCGONAGLE, K. A.; SHANYANG, Z.; NELSON, C. B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEM, H. U., y KENDLER, K. (1994): "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States". *Archives of General Psychiatry*, 51, pp. 8-19.
- KESSLER, R. C.; MCGONAGLE, K. A.; ZHAO, S.; NELSON, C. B.; HUGHES, M.; SWARTZ, M., y BLAZER, D. G. (1994): "Sex and depression in the National Comorbidity Survey II: Cohort effects". *Journal of Affective Disorders*, 30, pp. 15-26.
- KIND, P.; DOLAN, P.; GUDEX, C., y WILLIAMS, A. (1998): "Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey". *BMJ*, 316, pp. 736-741.
- KING, H. E., y MILLER, R. E. (1990): "Hypertension: cognitive and behavioural considerations". *Neuropsychological Review*, 1, pp. 31-73.
- KOENIG, H. G., y BLAZER, D. G. (1992): "Mood disorders and suicide". En J. E. Birren, R. B. Sloane, y G. D. Cohen (eds.): *Handbook of mental health and aging* (2nd. Edit., pp. 379-407). San Diego, CA: Academic Press.
- KOYANO, W.; SHIBATA, H.; HAGA, y SUYAMA, Y. (1986): "Prevalence and outcome of low ADL and incontinence among the elderly: five years follow-up in a Japanese urban community". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 5, pp. 197-206.
- KRAUSE, N. (1987): Life stress, social support and self-esteem in an elderly population, *Psychology and Aging*, 2 (4), pp. 349-356.
- KRAUSE, N.; LIANG, J., y KEITH, V. (1990): "Personality, social support and psychological distress in later life". *Psychology and Aging*, 7, pp. 4-14.
- KRAUSE, N., y JAY, G. (1991): "Stress, social support, and negative interaction in later life". *Research on Aging*, 13, pp. 333-363.
- KRAUSE, N. (2001): "Social support". En R. H. Binstock y L. K. George: *Handbook of aging and social sciences*. New York: Academic Press.
- LA RUE, A. (1992): *Aging and neuropsychological assessment*. Nueva York: Plenum Press.
- LABOUIE-VIEF, G. (1992): "A neo-piagetian perspective on adult cognitive development". En R. J. Sternberg y C. A. Berg (eds.): *Intellectual development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LALLY, S. J. (1989): "Does being in here mean there is something wrong with me?". *Schiz bull*, 15, pp. 253-265.
- LAMMI, U. K.; KIVELA, S. L.; NISSINEEN, A., et al. (1989): "Predictors of disability in elderly Finnish men: a longitudinal study". *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, pp. 191-198.
- LAREITER, A., y BAUMANN, U. (1992): "Network structures and support functions-theoretical and empirical analysis". En H. Veiel, y U. Baumann (eds.): *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.
- LAUKKANEN, P.; LAUKANNEN, M., et al. (1993): "Factors related to coping with physical and instrumental activities of daily living among people born in 1904-1923". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, pp. 287-296.
- LAWTON, M. P. (1972): "Assessing the competence of older people". En D. Kent, R. Kjastenbaum y S. Sherwood (eds.): *Research planning and action for the elderly*. Nueva York: Behavioral Publications.

- (1975): "The Philadelphia center morale scale: a revision". *Journal of Gerontology*, 30, pp. 85-89.
- (1991): "A multidimensional view of quality of life in frail elderly". En J. E. Birren, J. E. Luben, *et al.* (eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press.
- (2001): Quality of life and the end of life. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the psychology of aging (5th ed)*. San Diego, CA: Academic Press.
- LAWTON, M. P.; KLEBAN, M. H., y DICARLO, E. (1984): "Psychological well-being in the aged: factorial and conceptual dimensions". *Research on Aging*, 6, pp. 67-97.
- LAYTON, B. C. (1975): "Perceptual noise and aging". *Psychological Bulletin*, 82, pp. 875-833.
- American Psychologist, 38 (3), pp. 245-254.
- LEE, D. J., y MARKIDES, K. S. (1990): "Activity and mortality among aged persons over an eightyyear period". *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, pp. 539-542.
- LEFCOURT, H. M. (1985): "Intimacy, social support and locus of control as moderators of stress". En I. G. Sarason y B. R. Sarason (comps.): *Social support: theory, research and application*, Dordrecht, Martinus Nijhoff.
- LEHMAN, A. F. (1988): "A quality of life interview for the chronically mentally ill (QOLI)". *Eval progr planning*, 11, pp. 51-62.
- LEHMAN, A. F.; WARD, N. C., y Linn, L. S. (1982): "Chronic mental patients: the quality of life issue". *Am J psychiatry*, 139, pp. 1271-1276.
- LEHMAN, E. B., y MELLINGER, J. C. (1986): "Forgetting rates in modality memory for young, mid-life, and older women". *Psychology and Aging*, 1, pp. 178-179.
- LE PONCIN, M. (1997): *Nueva gimnasia cerebral. Ejercicios para llegar en forma a los 100 años*. Madrid: Temas de hoy.
- LESSER, R. (1989): "Some issues in the neuropsychological rehabilitation of anomia". En X. Xeron y G. Deloche (eds.): *Cognitive approaches in neuropsychological rehabilitation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- LETURIA, F. J., y YANGUAS, J. J. (1999): "Intervención en ámbitos residenciales". En M. Izal y I. Montorio (eds.): *Gerontología conductual: bases para la intervención y ámbito de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- LETURIA, F. J.; YANGUAS, J. J., y LETURIA M. (1999): *Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI*. San Sebastián: Diputación Foral de Guipúzcoa-IMSERSO.
- LEUCHTER, A. F. (1994): "Brain structural and functional correlates of late-life depression". En L. S. Schneider, C. F. Reynolds III, B. D. Lebowitz y A. J. Friedhoff (eds.): *Diagnosis and treatment of depression in late life* (pp. 117-130): Washington, DC: American Psychiatric Press.
- LEVELT, W. J. M. (1989): *Speaking. From intention to articulation*. Cambridge: MIT Press.
- LEVENTHAL, E. A. (1984): "Aging in the perception of illness". *Research and Aging*, 6, pp. 119-135.

- LEVENTHAL, E. A., y CROUCH, M. (1997): "Are there differences in perceptions of illness across the lifespan?". En K. J. Petrie y J. A. Weinman (eds.): *Perceptions of health and illness: current research and applications* (pp. 77-102). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- LEVENTHAL, H.; RABIN, C.; LEVENTHAL, E. A., y BURNS, E. (2001): "Health risk behaviors and aging". En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the psychology and aging* (5th ed). San Diego, CA: Academic Press.
- LEVY, S. M. (1980): "The psychological assessment of the cronically ill geriatric patient". En C. Phokopp y C. Bradley (eds.): *Medical Psychology: A new perspective*. New York: Academic Press.
- LEWINSOHN, P. M., HOBBERMAN, H., TERI, L., y HAUTZINGER, M. (1985): "An integrative theory of depression". En S. Reiss and R. Bootzin (eds.): *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press.
- LEWINSOHN, P. M., GOTLIB, I. H., y HAUTZINGER, M. (1997): "Tratamiento conductual de la depresión unipolar". En V. E. Caballo (dir.): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos*. Madrid: Siglo XXI.
- LEZAK, M. D. (1983): *Neuropsychological assessment* (2nd ed). Nueva York: Oxford University Press.
- (1995): *Neuropsychological assessment* (3rd ed). Nueva York: Oxford University Press.
- LIANG, J. (1984): "Dimensions of the life satisfaction index: a structural formulation". *Journal of Gerontology*, 39, pp. 613-622.
- (1985): "A structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A". *Journal of Gerontology*, 40, pp. 552-561.
- LIANG, J.; KAHANA, E., y DOHERTY, E. (1980): "Financial well-being among the aged". *Journal of Gerontology*, 34, pp. 749-759.
- LIGHT, L. L. (1991): "Memory and aging: four hypotheses in search of data". *Annual Review of Psychology*, 43, pp. 333-376.
- LIGHT, L. L., y SPIDURSO, W. W. (1990): "Effects of adult aging on the movement complexity factor of response programming". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 45, pp. 107-109.
- LIN, N. (1986): "Conceptualizing social support". En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (eds.): *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.
- (1986): "Modelling the effects of social support". En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (eds.): *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.
- LIN, N.; SIMEONE, R.; ENSEL, W.; WALTER, M., y KUO, W. (1979): "Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test". *Journal of Health and Social Behavior*, 20, pp. 108-119.
- LIN, N.; WOELFEL, M. W., y LIGHT, S. C. (1985): "The buffering effect of social support subsequent to an important life event". *Journal of Health and Social Behavior*, 26, pp. 247-263.
- LIN, N., y ENSEL, W. (1989): "Life stress and health: stressors and resources". *American Sociological Review*, 54, pp. 382-399.

- LINDENBERGER, U., MAYR, U., y KLIEGL, R. (1993): "Speed and intelligence in old age". *Psychology and Aging*, 8, pp. 207-220.
- LIPMAN, P. D., y CAPLAN, L. J. (1992): "Adult age differences in memory for routes: effects of instructions and spatial diagram". *Psychology and Aging*, 7, pp. 435-442.
- LIZÁN, L., y REIG, 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, pp. 119-131.
- (1999): "Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA". *Atención Primaria*, 24 (2), pp. 75-81.
- LLINÁS, J.; LÓPEZ-POUSA, S., y VILALTA, J. (1995): "The efficiency of CAMDEX in the diagnosis of dementia and its subtypes". *Neurología*, 10, pp. 133-138.
- LOBO, A., y EZOUERRA, J. (1979): "El Mini Examen Cognoscitivo, un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos". *Actas luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, pp. 189-202.
- (1980): "El Mini Examen Cognoscitivo, un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos". *Revista de Psiquiatría y Psicología Médicas*, pp. 539-557.
- LOBO, A.; PEREZ-ECHEBERRIA, M. J., y ARTAL, J. (1986): "Validity of the scales versión of the general health questionnaire (GHQ-28) in a spanish population". *Psychological Medicine*, 16, pp. 135-140.
- LOBO, A.; VENTURA, T., y MARCO, C. (1990): "Psychiatric morbidity among residents in a home for the elderly in Spain: Prevalence of disorders and validity of screening". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, pp. 83-91.
- LOBO, A.; SAZ, P.; MARCOS, G., y GZEMPP, P. G. (1997): "El estudio de Zaragoza. Demencia y depresión en la población geriátrica". Barcelona. Masson.
- LOBO, A.; SAZ, P.; MARCOS, G., *et al.* (1999): "Revalidación y normalización del Mini examen cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini mental status examination) en la población geriátrica general". *Medicina Clínica*, 112, pp. 767-774.
- LOGAN, J. R., y SPITZE, G. (1994): "Informal support and the use of formal services by older americans". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, pp. 25-39.
- LÓPEZ, M. A., y MERMELSTEIN, R. (1995): "A cognitive-behavioral program to improve geriatric rehabilitation outcome". *The Gerontologist*, 35 (5), pp. 696-700.
- LÓPEZ-POUSA, S.; LLINÁS, J.; AMIEL, J.; VIDAL, C., y VILALTA, J. (1990): "CAMDEX: una nueva entrevista psicogeriátrica". *Actas Luso-Españolas Neurología y Psiquiatría*, 18, pp. 290-295.
- LÓPEZ-POUSA, S.; VILALTA J., y LLINÁS J. (1995): "Epidemiología de las demencias en España". *Rev. Gerontol.* (suppl. 1), pp. 28-33.
- LUCHINS, D. J., y ROSE, R. P. (1989): "Late-life onset of panic disorder with agoraphobia in three patients". *American Journal of Psychiatry*, 146, pp. 920-921.

- LURIA, A. R. (1976): *Basic problems of neurolinguistics*. The Hague: Mouton (versión española: *Fundamentos de neurolingüística*): Barcelona: Masson.
- (1979): *El cerebro humano y los procesos psíquicos*. Barcelona: Masson.
- LYMAN, K. (1998): Living with Alzheimer's disease: the creation of meaning among persons with dementia. *Journal of Clinical Ethics*, 9, pp. 49-57.
- MACKAY, D. G., y BURKE, D. M. (1990): "Cognition and aging: a theory of new learning and the use of old connections". En T. Hess (ed.): *Aging and cognition: knowledge organization and utilization*. Amsterdam: North-Holland.
- MACKINNON, A.; CHRISTENSEN, H. y JORM, A. F. (1994): "A latent trait analysis of an inventory designed to detect symptoms of anxiety and depression using an elderly community sample". *Psychology Medicine*, 24, pp. 977-986.
- MADDOX, G. L. (1987): "Psychological perspectives on aging". En M. W. Riley, J. D. Matarazzo y A. Baum (eds.): *The aging dimension: perspectives in behavioral medicine*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- MADDOX, G. L., y CLARK, D. O. (1992): "Trajectories of functional impairment in later life". *Journal of Health and Social Behavior*, 33, pp. 114-125.
- MAIDEN, R. J. (1987): "Learned helplessness and depression: A test of the reformulation model". *Journal of Gerontology*, 42 (1), pp. 60-64.
- MADRUGA, F.; CASTELLOTE, F. J.; SERRANO, F., et al. (1992): "Índice de Katz y escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 27 (8), p. 130.
- MAHONEY, F. I., y BARTHEL, D. W. (1965): "Functional evaluation: the Barthel index". *MD State Med*, 14, pp. 61-65.
- MAHONEY, F. I.; WOOD, O. H., y BARTHEL, D. W. (1958): "Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal". *South Med. J.*, 51, pp. 605-609.
- MANDEL, R. G., y JOHNSON, N. S. (1984): "A developmental analysis of story recall and comprehension in adulthood". *Journal of verbal learning and verbal behavior*, 23, pp. 643-659.
- MANN, A.; GRAHAM, N., y ASHBY, D. (1984): "Psychiatric illness in residential homes for the elderly: A survey in one London borough". *Age and Ageing*, 13, pp. 257-265.
- MANTON, K. G.; STALLARD, E.; WOODBURY, M. A., y DOWD, J. E. (1994): "Time-varying covariates in models of human mortality and aging: multidimensional generalization of the Gompertz". *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 49, pp. 169-190.
- MANUBENS, J. M.; MARTÍNEZ-LAGE, P.; MARTÍNEZ-LAGE, J. M., et al. (1998): "Variación de las puntuaciones en el Mini mental state con la edad y el nivel educativo. Datos normalizados en la población mayor de 70 años de Pamplona". *Neurología*, 13, pp. 111-119.
- MARCUS, M. P. (1980): *A theory of syntactic recognition for natural language*. Cambridge: MIT Press.
- MARTÍNEZ, R.; BAYLIN, A., y ORTIZ, M. F. (1999): "¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos". *Atención Primaria*, 23, pp. 285-288.

- MATT, G. E., y DEAN, A. (1993): "Social support from friends and psychological distress among elderly persons: moderator effects of age". *Journal of Health and Social Behavior*, 34, pp. 187-200.
- MAYLOR, E. A. (1993): "Aging and forgetting in prospective and retrospective memory tasks". *Psychology and Aging*, 8, pp. 420-428.
- McDANIEL, M. A., y EINSTEIN, G. O. (1993): "The importance of cue familiarity and cue distinctiveness in prospective and retrospective memory". *Memory*, 1, pp. 23-41.
- McDOWELL I., y NEWELL, C. (1996): *Measuring health*. Nueva York: Oxford University Press.
- (1996): "Measuring health". *A guide to rating scales and questionnaires (2nd ed)*. Oxford University Press.
- McNEIL, J. K., y HARSANY, M. (1989): "An age difference view of depression". *Canadian Psychology*, 30, pp. 608-615.
- MEAD, G.H. (1934): *Mind, self and society*. Chicago: Chicago Press University.
- MEDINA MORA, M. E.; PADILLA, G. P.; CAMPILLO, C., *et al.* (1983): "The factor structure of the GHQ: a scaled version for hospital's general practice service in Mexico". *Psychological Medicine*, 13, pp. 355-362.
- MOLD, J. W. (1995): "An alternative conceptualisation of health and health care: its implication for geriatrics and gerontology". *Educ. Gerontol.*, 21, pp. 85-101.
- MONTÓN, C.; PÉREZ-ECHEBERRÍA, M. J., y CAMPOS, R. (1993): "Escala de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico". *Atención Primaria*, 12, pp. 345-349.
- MONTORIO, I. (1990): "Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde su enfoque multidimensional". Tesis doctoral Facultad de Psicología U.A.M. Madrid.
- (1995): "La atención psicológica". En AA.VV.: *Residencias para personas mayores: manual de orientación*. SG-Editores. Madrid.
- (1994): *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: INSERSO.
- (1999): "Tratamiento conductual de la ansiedad". En I. Montorio y M. Izal (eds.): *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. (pp. 151-175). Madrid: Síntesis.
- (1999b): "Una visión de la dependencia: desafiando la perspectiva tradicional". En F. J. Leturia, J. J. Yanguas y M. Leturia (eds.): *Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI*. San Sebastián: Diputación Foral de Guipúzcoa-IMSERSO.
- MONTORIO, I., y CARBOLES, J. A. (1999): "Comportamiento y salud. Promoción de la salud". En I. Montorio y M. Izal (eds.): *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. (pp. 16-42). Madrid: Síntesis.
- MONTORIO, I., e IZAL, M. (1992): "Bienestar psicológico en la vejez". *Revista de Gerontología*, julio-septiembre.
- (1996): "The geriatric depression scale: a review of its development and utility". *International Psychogeriatrics*, 8, pp. 103-112.
- (1997): "La vejez con éxito. Pero ¿por qué las personas mayores no se deprimen más?". *Intervención Psicosocial*, 6 (1), pp. 53-75.

- MONTORIO, I.; IZAL, M., y LÓPEZ, A. (1998): "Miedo a las caídas en personas mayores: un estudio de caso". *Psicología Conductual*, 6 (3), pp. 597-615.
- MONTORIO, I., y CARROBLES, J. A. (1999): "Comportamiento y salud. Promoción de la salud". En I. Montorio y M. Izal (eds.), *Intervención psicológica en la vejez: aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- MOON, J. R., y BAUM, D. V. (1987): "Depression in the elderly". En Department of aging and mental health, *Aging and mental health issues: a training program*. Tampa: Florida Mental Health Institute. University of South Florida.
- MOORE, T. E.; RICHARDS, B., y HOOD, J. (1984): "Aging and the coding of spatial information". *Journal of Gerontology*, 39, pp. 210-212.
- MOORE, K. A. y BLUMENTHAL, J. A. (1998): "Exercise training as an alternative treatment for depression among older adults". *Alternative therapies in health and Medicine*, 4 (1), pp. 48-56.
- MOOS, R. H. (1973): "Conceptualizations on human environments". *American Psychologist*, 28, pp. 652-665.
- MOR, V.; WILCOX, V.; RAKOWSKY, W., y HIRIS, J. (1994): "Functional transitions among the elderly: patterns, predictors, and related hospital use". *American Journal of Public Health*, 84, pp. 1274-1280.
- MORGAN, D. L., y MARCH, S. J. (1992): "The impact of life events on networks of personal relationships: a comparison of widowhood and caring for a spouse with Alzheimer's disease". *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, pp. 563-584.
- MORRIS, J. N., y SHERWOOD, S. (1975): "A retesting and modification of the Philadelphia geriatric center morale scale". *Journal of Gerontology*, 30, pp. 77-84.
- MOSSEY, J. M., y SHAPIRO, E. (1982): "Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly". *American Journal of Public Health*, 72, pp. 800-808.
- MULLROW, C. D.; WILLIAMS, J. W.; GERETY, M. B., et al. (1995): "Case-finding instruments for depression in primary care settings". *Ann Intern. Med.*, 122, pp. 913-921.
- MURAMOTO, O. (1984): "Selective reminding en normal and demented aged people: auditory verbal versus spatial task". *Cortex*, 20, pp. 461-478.
- MURPHY, E. (1982): "Social origins of depression in old age". *British Journal of Psychiatry*, 141, pp. 135-142.
- (1983): The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 142, pp. 111-119.
- MURRAY, H. A. (1962): *Explorations in personality*, New York: Oxford Press.
- MURRELL, S. A.; MEEKS, S., y WALKER, J. (1991): "Protective functions of health and self esteem against depression in older adults facing illness or bereavement". *Psychology and Aging*, 6, pp. 352-360.
- MYERS, G. C. (1993): "International research on healthy life expectancy". En H. Feinlieb: *Proceedings of the 1991 international symposium on facts on aging*. National Center for Health Statistics: Washington DC.
- MYERSON, J.; HALE, S.; WAGSTAFF, D., et al. (1990): "The information loss model: a mathematical theory of age-related cognitive slowing". *Psychological Review*, 97, pp. 475-487.

- NAGI, S. Z. (1965): "Some conceptual issues in disability and rehabilitation". En M. B. Sussman (ed.): *Sociology and rehabilitation*. Washington, DC: American Sociological Association.
- NEAL, R. M., y BALDSWIN, R. C. (1994): "Screening for anxiety and depression in elderly medical outpatients". *Age and Ageing*, 23, pp. 461-464.
- NELSON, R. C., y FRANZI, L. R. (1989): "Nutrition and aging". *Geriatric Medicine*, 73, pp. 1531-1550.
- NELSON, R. C.; WASSON, J. H., y KIRK, J. W. (1987): "Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP chart method and preliminary findings". *J. Chronic Dis.*, 40 (suppl 1), pp. 55-60.
- NEUGARTEN, B. L.; HAVIGURST, R. J. y TOBIN, S. S. (1961): "The measurement of life satisfaction". *Journal of Gerontology*, 16, pp. 134-143.
- NEUGARTEN, B. L. (1974): "Age groups in American society and the rise of the young-old". *Annals of the American Academy of Politic and Social Sciences*, 415, pp. 187-198.
- NETTLETON, S. (1995): *The sociology of health and illness*. Polity Press. London.
- NEWMANN, J. P. (1989): "Aging and depression". *Psychology and Aging*, 4 (2), pp. 150-165.
- NEWMANN, J. P.; ENGEL, R. J., y JENSEN, J. E. (1991): "Changes in depressive-symptom experiences among older women". *Psychology and Aging*, 6, pp. 212-222.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (1988): "Life-span views on depression". En P. B. Baltes, D. L. Featherman y R. M. Herner (eds.): *Lifespan development and behavior* (vol. 9, pp. 203-241). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- NORRIS, F., y MURRELL, S. (1988): "Prior experience as a moderator of disaster impact on anxiety symptoms in older adults". *American Journal of Community Psychology*, 16, pp. 665-683.
- NOSEK, M. A., y PARKER, R. M. (1987): "Psychosocial independence and functional abilities: their relationship in adults with severe musculoskeletal impairments". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68, pp. 840-845.
- NUEVO, R. (2000): "Ansiedad en la vejez. Prevalencia y caracterización del fenómeno de las preocupaciones". Tesis no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- NUSSBAUM, P. D., y SAUER, L. (1993): "Self-report of depression in elderly with and without progressive cognitive deterioration". *The Clinical Gerontologist*, 13, pp. 69-80.
- OBLER, L. K., y ALBERT, M. C. (1984): "Language in aging". En P. C. Albert y M. C. Albert (eds.): *Clinical Neurology of Aging*. New York: Oxford University Press.
- OBLER, L. K.; FEIN, D.; NICHOLAS, M., y ALBERT, M. L. (1991): "Auditory comprehension and aging: decline in syntactic processes". *Applied Psycholinguistics*, 12, pp. 433-452.
- OCDE (1993): *L'aide aux personnes âgées dépendantes*. Paris.
- OCDE (1994): *L'aide aux personnes âgées dépendantes : les questions de politique sociale. Les nouvelles orientations de la politique sociale*. Paris.

- OGDEN, J. A. (1990): "Spatial abilities and deficits in aging and age-related disorders". En F. Boller and H. Grafman (eds.): *Handbook of Neuropsychology*, vol. 4.
- OKUN, M. A., y STOCK, W. A. (1987): "Correlates and components of subjective well-being among the elderly". *Journal of Applied Gerontology*, 6, pp. 95-112.
- OKUN, M. A.; STOCK, W. A., y HARING, M. J. (1984): "Health and subjective well-being: a meta-analysis". *J. Aging Human dev*, 19, pp. 111-132.
- OMS (1996). *CIE-10. décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*. Madrid: Meditor.
- ORMEL, J.; VON KORFF, et al. (1993): "Depression, anxiety and social disability show synchrony of change in primary care patients". *American Journal of Public Health*, 83, pp. 385-390.
- PACOLET, J.; VERSIECK, K., y BOUTEN, R. (1993): *Protección social para personas mayores dependientes*. Unión Europea. Dirección General V. Bruselas.
- PARK, D. C.; SMITH, A. D.; LAUTENSCHLAGER, G.; EARLES, J.; FRIESKE, D.; ZWAHR, M., y GAINES, C. (1994): *Mediation of long-term memory performance across the life-span*. Paper presented at the cognitive aging conference, Atlanta, GA.
- PARK, D. C.; SMITH, A. D.; MORRELL, R. W.; PUGLISI, J. T., y DUDLEY, W. N. (1990): "Effects of contextual integration on recall of pictures by older adults". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 45, pp. 52-57.
- PARKERSON, G. R.; BROADHEAD, W. E., y TSE, C. J. (1990): "The Duke health profile. A 17-item measure of health and dysfunction". *Med. Care*, 28, pp. 1056-1069.
- PASCUAL, L. F.; FERNÁNDEZ T.; SAZ, P., et al. (2000): "Exploración de la memoria de trabajo con el miniexamen cognoscitivo". *Revista de Neurología*, 30 (1), pp. 1-4.
- PATRICK, D. L., y DEYO, R. A. (1989): "Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life". *Medical Care*, 27 (3, suppl), S217-S232.
- PATRICK, D. L., y ERIKSON, P. (1993): *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. Nueva York: Oxford University Press.
- PEARLIN, L. T.; LIEBERMAN, M. A.; MENAGHAN, E. G., y MULLAN, J. T. (1987): "The stress process". *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp. 337-356.
- PEDERSEN, N. L. (1996): "Gerontological behavior genetics". En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the psychology of aging* (pp.59-77). San Diego: Academic Press.
- PENDERGAST, D. R.; FISHER, M. N., y CALKINS, E. (1993): "Cardiovascular, neuromuscular, and metabolic alterations with age leading to frailty". *Journal of Gerontology*, 48, pp. 61-67.
- PENNING, M. J., y STRAIN, L. A. (1994): "Gender differences in disability, assistance, and subjective well-being in later life". *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49, pp. 202-208.
- PÉREZ ALMEIDA, E.; GONZÁLEZ, M. A.; MORALEDA, P., y ZAMORA, M. C. (1989): "Incidencia de depresión en una Residencia geriátrica y variables relacionadas con ella". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 24 (1), pp. 27-33.

- PETRIE, K. J., y WEINMAN, J. A. (1997): *Perceptions of health and illness: current research and applications*. Amsterdam, The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- PINHLBLAD, C., y ADAMS, D. (1972): "Widowhood, social participation and life satisfaction". *Aging and human development*, 3, pp. 323-330.
- PFEIFFER, A. E. (1975): "A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in elderly patients". *Journal of the American Geriatrics Society*, 22, pp. 433-441.
- POLAINO-LORENTE, A. (1984): *Depresión: actualización psicológica de un problema clínico*. Madrid: Alhambra.
- POON, L. W. (1985): "Differences in human memory with aging. Nature causes and clinical implications". En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the psychology and aging (2nd ed)*. NY: Van Nostrand Reinhold.
- POON, L. W. (ed.) (1986): *Handbook for clinical memory assessment of older adults*. Washington, DC: APA.
- POON, L. W.; SWEANEY, A. L.; CLAYTON, G. M., y MERRIAM, S. B. (1992): "The Georgia Centenarian study". *International Journal of Aging and Human Development*, 34, pp. 1-17.
- POST, S. (1995): *The moral challenge of Alzheimer's disease*. London: Jhon Hopkins University Press.
- PYNOOS, J., y REGNIER, V. (1991): "Improving residential environments for frail elderly: bridging the gap between theory and application". En J. E. Birren, J. E. Luben y J. C. Rowe (eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press.
- RABBIT, P. M. A. (1979): "Some experiments and a model for changes in attentional selectivity worth old age". En F. Hoffmeister y C. Muller (eds.): *Brain function in old age*. Berlin: Springer-Verlag.
- RABBIT, P. (1993): "Does it all go together when it goes?". *Quarterly journal of experimental psychology: Human experimental psychology*, 46, pp. 385-434.
- RACHMAN, S. J. (1977): "The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination". *Behavior Research and Therapy*, 15, pp. 375-387.
- RADLOFF, L. (1975): "Sex differences in depression". *Sex Roles*, 1, pp. 249-265.
- RAJ, B. A.; CORVEA, M. H., y DAGON, E. M. (1993): "The clinical characteristics of panic disorder in the elderly. A retrospective study". *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, pp. 150-155.
- Ramos, JA, Montejo, I y Lafuente, R (1991): Valoración de la escala de criba geriátrica para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 19, pp. 147-177.
- REGIER, D. A.; BOYD, J. H.; BURKE, J. D. JR.; RAE, D. S.; MYERS, J. K.; KRAMER, M.; ROBINS, L. N.; GEORGE, L. K.; KARNO, M., y LOCKE, B. Z. (1988): "One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five epidemiological catchment area sites". *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 977-986.
- REICH, J. W.; ZAUTRA, A. J., y GUARNACCIA, C. A. (1989): "Effects of disability and bereavement on the mental health and recovery of older adults". *Psychology and Aging*, 4, pp. 57-65.
- REIFLER, B. V. (1994): "Depression: Diagnosis and comorbidity". En L. S. Schneider, C. F. Reynolds, III, B. D. Lebowitz, y A. J. Friedhoff (eds.): *Diagnosis and treatment of depression in late life* (pp. 55-59). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- REIG, A. (1992): *Perspectivas en Gerontología y Salud*. Promolibro. Valencia.
- REIG, A., y BORDES, P. (1995): "La calidad de vida en la atención sanitaria". En *Tratado de epidemiología clínica*. Madrid: Du Pont Pharma, SA.
- REIG, A.; CABRERO, J., y RICHART, M. (1996): "Comportamiento y salud en la vejez". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 37, pp. 37-44.
- REUBEN, D. B.; SUI, A. L., y KIMPAU, S. (1992): "The predictive validity of self-report and performance-based measures of function and health". *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 47, pp. 106-110.
- RIBERA, D.; MAJOS, A., y REIG, A. (1993): *La cuarta edad europea: envejecer en la Costa Blanca*. Barcelona: SG Editores y Fundación Cajamadrid.
- RIBERA, D.; REIG, A., y MIQUEL, J. (1988): "Psicología de la salud y envejecimiento: estudio empírico en una Residencia de ancianos". *Geriatrika*, 4 (2), pp. 61-70.
- RIBERA, J. M., y CRUZ, A. J. (1997): *Geriátria en atención primaria (2ª ed)*. Barcelona: J. Urianch y Cia.
- RICCIO, D. C., y SYLVESTRI, R. (1985): "Extinction of avoidance behavior and the problem of residual fear". *Behavior Research and Therapy*, 11, pp. 1-9.
- RICE, G. E., y MEYER, B. F. J. (1986): "Prose recall: effects of aging, verbal ability and reading behavior". *The Journals of Gerontology*, 41 (4), pp. 469-480.
- RICHART, M.; REIG, A., y CABRERO, J. (1999): *La calidad de vida en la vejez, sus determinantes biológicos, psicológicos y sociales*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- ROBINE, J. M., y MATHERS, C. D. (1993): "Measuring the compression or expansion of morbidity through changes in health expectancy". En M. Robine, C. D. Mathers (eds.): *Calculation of health expectancies*. Montrouge/London: Colloque.
- ROBINS, L. N., y REGIER, D. A. (eds.) (1991): *Psychiatric disorders in America: The epidemiological Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- RODIN, J., y SALOVEY, P. (1989): "Health psychology". *Annual Review of Psychology*, 40, pp. 533-579.
- RODIN, J., y TIMKO, C. (1992): "Sense of control, aging and health". En M. G. Ory, R. P. Abeles y P. D. Lipman (eds.): *Aging, Health and Behavior (174-206)*. Newbury Park, CA: Sage.
- RODRIGUEZ CABRAERO, G. (1999): *La protección social de la dependencia*. Madrid: IMSERSO.
- RODRIGUEZ, P., y SANCHO, M. T. (1995): "Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. La situación de fragilidad". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 30 (3), pp. 141-152.
- ROJANO, P.; CALCEDO, A., y CALCEDO, A. (1993): "Epidemiología de la depresión en las Residencias de ancianos". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 28 (1), pp. 49-58.
- ROJANO, P., CALCEDO, A., LOSANTOS, R., y CALCEDO, A. (1992): "Influencia de los factores psicosociales en los trastornos depresivos en una Residencia geriátrica". *Anuario de Psiquiatría*, 8 (6), pp. 199-204.
- ROJANO, P.; CALCEDO, A.; LOSANTOS, R., y CALCEDO, A. (1992): "Trastornos depresivos en una Residencia geriátrica". *Anuario de Psiquiatría*, 8 (5), 176-181.

- ROJAS, E.; DE LAS HERAS, F. J.; DUEÑAS, M.; GAONA, J. M., y ELEGIDO, T. (1991): "Depresión y factores sociofamiliares en ancianos de una Residencia geriátrica". *Psicopatología*, 11 (1), pp. 23-30.
- ROURE, R. A.; REIG, A. y VIDAL, J. (2002): "Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados". *Rev Mult Gerontol* 12 (2): 79-85.
- ROWE, J. W., y KAHN, R. L. (1987): "Human aging: usual and successful". *Science*, 237, pp. 143-149.
- ROZZONI, R.; BIANCHETTI, A.; CARABELLESE, C., *et al.* (1988): "Depression, life events and somatic symptoms". *The Gerontologist*, 28, pp. 229-232.
- RUBIO, R.; ALEIXANDRE, M.; VILLAVARDE, C.; CABEZAS, J. L., y CASTELLÓN, A. (1997): "Calidad de vida y senectud en función del sexo". *Geriatría*, 13, pp. 383-388.
- RUBIO R.; CABEZA J. L.; ALEIXANDRE M., y FERNÁNDEZ, C. (1998): "Un modelo de satisfacción vital basado en la comunicación tripartita". *Index de Enfermería*; 7 (23), pp. 22-25.
- RYAN, E.; GILES, H.; BORTOLUCCI, G., y HENWOOD, K. (1986): "Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly". *Language and Communication*, 6, pp. 1-24.
- SAFFRAN, E. (1985): "STM impairment and sentence comprehension". Comunicación presentada en el Second International cognitive neuropsychology meeting. Venecia, Italia.
- SALAMERO, M., y MARCOS, T. (1992): "Factor study of the geriatric depression scale". *Acta Psychiatr Scan*, 86, pp. 283-286.
- SALGADO, A.; GUILLÉN, F., y RUIPEREZ, I. (2002): Manual de Geriatría. Barcelona: Masson.
- SALTHOUSE, T. A. (1988): "Initiating the formalization of theories of cognitive aging". *Psychology and Aging*, 3, pp. 3-16.
- (1991): *Theoretical perspectives on cognitive aging*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- (1993): "Speed and knowledge as determinants of adult age differences in verbal tasks". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48, pp. 29-36.
- (1994): "The aging of working memory". *Neuropsychology*, 8, pp. 535-543.
- SALTHOUSE, T. A., y BABCOCK, R. L. (1991): "Decomposing adult age differences in working memory". *Developmental Psychology*, 27, pp. 763-776.
- SALTHOUSE, T. A., y COON, V. E. (1993): "Influence of task-specific processing speed on age differences in memory". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48, pp. 245-255.
- SANDÍN, R., y CHOROT, P. (1995): "Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad". En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos, (eds.): *Manual de Psicopatología* (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- SARASON, I.; LEVINE, H. M.; BASHAM, R. B., y SARASON, B. R. (1983): "Assessing social support: the social support questionnaire". *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, pp. 127-139.
- SARASON, I. G.; SARASON, B., y PIERCE, G. R. (1994): "Social support: global and relationship-based levels of analysis". *Journal of Social and Personal Relationship*, 11, pp. 295-312.

- SCHAIK, K. W. (1987): "Aging and human performance". En M. W. Riley, J. D. Matarazzo y A. Baum (eds.): *The aging dimension. Perspectives in behavioral medicine*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- (1980): "Cognitive development in aging". En L. K. Opler y M. C. Albert (eds.): *Language and communication in the elderly*. Lexington: Lexington books.
- SCHAIK, K. W., y WILLIS, S. L. (1986): "Can intellectual decline in the elderly be reversed?" *Developmental Psychology*, 22, pp. 223-232.
- SCHAIK, K. W.; WILLIS, S. L.; HERTZOG, C., y SCHULENBERG, J. E. (1987): "Effects of cognitive training upon primary mental ability structure". *Psychology and Aging*, 2, pp. 233-242.
- SCHIEFF, T. J. (1986): *Being mentally ill. A sociological theory*. Chicago: Aldine.
- SCHOLTEN, J. H. G. y VAN WEEL, C. (1992): "Functional status assessment in family practice". The Dartmouth COOP functional health assessment charts /WONCA. Lelystad: Meditekst, pp. 17-51.
- SCHULZ, R., y HECKHAUSEN, J. (1996): "A lifespan model of successful aging". *American Psychologist*, 51, pp. 702-714.
- SCHWARZER, R., y LEPPIN, A. (1989): "Social support and health: A meta-analysis". *Psychology and Health*, 3, pp. 1-15.
- SCHWARTZ, M. F., y CHAWLUK, J. B. (1990): "Deterioration of language in progressive aphasia: a case study". En M. F. Schwartz (ed.): *Modular deficits in Alzheimer-type dementia*. Cambridge: MIT Press.
- SEEMAN, M., y SEEMAN, T. E. (1983): "Health behavior and personal autonomy: a longitudinal study of the sense of control in illness". *Journal of Health and Social Behavior*, 24, pp. 144-160.
- SELIGMAN, M. E. P. (1975): *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- SHALLICE, T. (1988): *From neuropsychology to mental structure*. New York: Cambridge University Press.
- SHAPIRO, E. (1982): "Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly". *Am. J. Public Health*, 72, pp. 800-808.
- SHEIKH, J. I. (1992): "Anxiety and its disorders in old age". En J. E. Birren, R. B. Sloane y G. D. Cohen (eds.): *Handbook of mental health and aging* (2nd. Edit., pp. 409-432). San Diego, CA: Academic Press.
- (1996): "Anxiety disorder in the elderly: A literature review and future directions". Comunicación presentada en el *39 Annual Meeting of the Gerontological Society of America*. Nueva Orleans, LA, noviembre.
- (1996): *Anxiety disorders*. En J. Sadovoy, L. L. Lazarus, L. F. Jarvick y T. Grossberg: *Comprehensive review of geriatric psychiatry* (2nd edit.): American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC, US.
- SHEIKH, J. I., y YESAVAGE, J. A. (1986): "Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version". En T. L. Brink (eds.): *Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention*. Nueva York: Haworth Press.
- SIEGLER, I. C. (1990): "Paradigms in developmental health psychology from theory to applications". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 45, pp. 113-115.
- SIEGLER, I. C., y COSTA, P. T. (1985): "Health behavior relationships". En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York: Van Nostrand-Reinhold.

- SIEGRIST, J.; BROER, M., y JUNGE, A. (1996): *Profil der lebensqualität chronoschranker (PLC)*. Göttingen: Hogrefe-Verlag GmbH and co.
- SIFTON, D. W. (1988): *PDR drug interactions and side effects index*. Oradell, NJ: Medical Economics.
- SILBERSTEIN, D. (1997): "La familia, un paciente olvidado". *Rol de Enfermería*, 223, pp. 25-30.
- SKELTON, J. A., y CROYLE, R. T. (1991): *Mental representation in health and illness*. New York: Springer-Verlag.
- SMITH, A. D. (1996): "Memory". En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the psychology of aging*. London: Academic Press.
- STANKOV, L. (1988): "Aging, attention and intelligence". *Psychol and Aging*, 3, pp. 59-74.
- STAUDINGER, V.; FREUND, A.; LINDEN, M., y MOOSS, I. (1999): "Self personality, and life regulation: facets of psychological resilience in old age", pp. 302-328, in P. B. Baltes y K. V. Mayer (eds.): *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100*. New York, Cambridge: University Press.
- STEIN, M. B.; HEUSER, I. J.; JUNCOS, J. L., y UHDE, T. W. (1990): "Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease". *American Journal of Psychiatry*, 147, pp. 217-220.
- STEINBROCKER, O.; TRAEGER, C. H., y BATTERMAN, R. C. (1949): "Therapeutic criteria in rheumathoid arthritihis". *JAMA*, 140, pp. 659-662.
- STENSMAN, R. (1985): "Severely mobility-disabled people assess the equality of their lives". *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 17, pp. 87-99.
- STERNBERG, R. J. (1985): "Human intelligence: the model is the message". *Science*, 230, pp. 1111-1118.
- STEWART, A. L.; HAYS, R. D., y WARE, J. E. (1988): "The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population". *Med. Care*, 26, pp. 724-735.
- STOCK, W. A.; OKUN, M. A., y BENIN, M. (1986): "The structure of subjective well-being among the elderly". *Psychology and Aging*, 1, pp. 91-102.
- STRAWBRIDGE, W. J.; SHEMA, S. J.; BALFOUR, J. L.; HIGBY, H. R., y KAPLAN, G. A. (1998): "Antecedents of frailty over three decades in an older cohort". *Journals of Gerontology B Psychological Sciences Social Sciences*, 53 (1), S9-S16.
- STUCKELBERGER, A.: "El envejecimiento de la población y la paz mundial. La capacitación de las generaciones futuras: el rol y responsabilidad de las personas mayores". *Revista de Intervención Psicosocial*, 10 (3), pp. 295-342.
- SORKIN, J. D.; ANDRÉS, R.; MULLER, C. D., *et al.* (1992): "Cholesterol as a risk factor for coronary heart disease in elderly men: the Baltimore longitudinal study". *Annals of Epidemiology*, 2, pp. 59-67.
- SPIPKER, B. (ed) (1996): *Quality of life and pharmacodynamic trials*. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.
- SULLIVAN, M. (1995): "Depression and disability from chronic medical illness". *European Journal of Public Health*, 5, pp. 40-45.
- SUNDERLAND, T.; LAWLOR, B. A.; MARTÍNEZ, R. A., y MOLCHAN, S. E. (1991): "Anxiety in the elderly: neurobiological and clinical interface". En C. Salzman y B. D. Lebowitz (eds.): *Anxiety in the elderly: Treatment and research* (pp. 105-129). New York: Springer.

- SWEARER, J. M.; DRACHMAN, D. A.; O'DONNELL, B. F., y MITCHELL, A. L. (1988): "Troublesome and disruptive behaviors in dementia: Relationships to diagnosis and disease severity". *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, pp. 784-790.
- TERI, L., y KELLER, L. (1987): "Multimodal assessment of the cognitively impaired older adult". In E. Borgata (ed.): *Alzheimer's caregivers: Strategies for support* (pp. 40-64). Seattle: University of Washington Press.
- TERI, L., y LEWINSOHN, P. M. (1986): *Gerontological assessment and treatment: selected topics*. New York: Springer.
- THOITS, P. (1982): "Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress". *Journal of Health and Social Behavior*, 23, pp. 145-159.
- TIDEIKSAAR, R. (1989): *Falling in old age: its prevention and treatment*. Vol. 22. Springer series on adulthood and aging. New York: Springer.
- TINETTI, M. E., y POWELL, L. (1993): "Fear of falling and low self-efficacy: a cause of dependence in the elderly persons". *Journal of Gerontology*, 48, pp. 35-38.
- UBEDA, I. (1995): "Atención a la familia". *Rol de Enfermería*, 203-204, pp. 75-78.
- ULATOWSKA, H. K.; CANNITO, P. H.; HAYASHI, M. M., y FLEMING, S. C. (1985): "Language abilities in the elderly". En H. K. Ulatowska (ed.): *The aging brain: communication in the elderly*. San Diego: College Hill Press.
- ULATOWSKA, H. K.; HYASHI, M. M.; CANNITO, P. H., y FLEMING, S. G. (1986): "Disruption of reference in the elderly". *Brain and language*, 28, pp. 24-41.
- VALDERRAMA, E., y PÉREZ DEL MOLINO, J. (1997): "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 32 (5), pp. 297-306.
- VALLAR, G., y SHALLICE, T. (1990): *Neuropsychological impairments of short-term memory*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- VAN DIJK, T. A., y KINTSCH, W. (1977): "Cognitive psychology and discourse: recalling and summarizing stories". En W. U. Dressler (ed.): *Current trends in textlinguistics*. Berlin: De Gruyter.
- VAN TILBURG, T. (1992): "Support networks before and after retirement". *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, pp. 433-445.
- VARNEY, N. R., y SHEPHARD, J. S. (1991): "Predicting short-term memory on the basis of temporal orientation". *Neuropsychology*, 5, pp. 13-17.
- VÁZQUEZ, C., y SANZ, J. (1991): "Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos". En A. Belloch e E. Ibáñez (comps.): *Manual de Psicopatología*, vol. 2, Valencia: Promolibro, pp. 785-875.
- VEIEL, H. O. F. (1985): "Dimensions of social support: a conceptual framework for research". *Social Psychiatry*, 20, pp. 156-162.
- VEIEL, H. O. F.; BRILL, G.; HAFNER, H., y WELTZ, R. (1988): "The social supports of suicide attempts: The different roles of family and friends". *American Journal of Community Psychology*, 16 (6), pp. 839-861.
- VERBRUGGE, L. M., y JETTE, A. M. (1994): "The disablement process". *Social Science in Medicine*, 38, pp. 1-14.

- VEROFF, J.; FELD, S., y GURIN, G. (1962): "Dimensions of subjective adjustment". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, pp. 192-199.
- VILALTA, J.; LINÁS, J.; LÓPEZ-POUSA, S., *et al.* (1990): "CAMDEX. Validación de la adaptación española". *Neurología*, 5, pp. 117-120.
- VINCENT, K. R., y COX, J. A. (1979): "A reevaluation of Raven's Standard Progressive Matrices". *Journal of Psychology*, 88, pp. 299-303.
- VON KORFF, M.; ORMEL, J.; CATÓN, W., y LIN, E. H. B. (1992): "Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal análisis". *Archives of General Psychiatry*, 49, pp. 91-100.
- WAIMANN, T. A., y LIU, K. (2000): "Disability trends among elderly persons and implications for the future". *Journal of Gerontology* 55B, 5, S298-307.
- WALKER, A. (1999): "Vejez y protección social de la dependencia en Europa. Iniciativa y recomendaciones del Consejo de Europa". Madrid: IMSERSO.
- WALKER, V. G.; HARDIMAN, C. J.; HEDRICK, D. L., y HOLBROOK, A. (1981): "Speech and language characteristics of an aging population". En N. J. Lass (ed.): *Speech and language (vol 6): Advances in basic research and practice*. New York: Academic Press.
- WALL, P. D., y MELZACK, R. (1994): "Textbook of pain". Edinburg: Churchill Livingstone.
- WAN, T., y LIVIERATS, B. (1978): "Interpreting a general index of subjective well-being". *Health and Society (Milbank memorial Fund Quartely)*, 56, pp. 531-556.
- WAND, K.; MERSKEY, H.; HACHINSKI, V. C.; FISMAN, M., y FOX, H. (1990): "A questionnaire investigation of anxiety and depression en early dementia". *Journal of American Geriatric Society*, 38, pp. 535-538.
- WAXMAN, H. M.; MCCREARY, G.; WEINRIT, R., y CARNER, E. (1985): "A comparison of somatic complaints among depressed and non-depressed older persons". *The Gerontologist*, 25, pp. 501-507.
- VAZQUEZ, M. A. (1995): "Programas de intervención para personas con demencia". En AA.VV.: *Residencias para personas mayores: Manual de orientación*. SG-Editores. Madrid.
- WEINBERG, N., y WILLIAMS, J. (1978): "How the physically disabled perceive their disabilities". *Journal of Rehabilitation*, pp. 31-33.
- WEISS, R. (1973): *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. MIT Press, Cambridge MA.
- WEISS, I. K.; NAGEL, C. L., y ARONSON, M. K. (1986): "Applicability of depression scales to the old person", *JAGS*, 34, pp. 215-218.
- WEISSMAN, M. M., y KLERMAN, G. L. (1977): "Sex differences in the epidemiology of depression". *Archives of General Psychiatry*, pp. 98-111.
- WELFORD, A.T. (1985): *Aging and human skill*. Oxford: Oxford University Press.
- WENGER, G. C. (1994): "Support networks and dementia". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, pp. 181-194.

- WHEATON, B. (1983): "Stress, personal coping resources, end psychiatric symptoms: An investigation of interactive models". *Journal of Health and Social Behavior*, 24, pp. 208-229.
- WHEATON, B. (1985): "Models for the stress-buffering functions of coping resources". *Journal of Health and Social Behavior*, 26, pp. 352-364.
- WHITEHOUSE, P. J., y DEAL, W. E. (1995): "Situated beyond modernity: lessons for Alzheimer's disease research". *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, pp. 1314-15.
- WHITEHOUSE, P. J.; MAURER, K., y BALLENGER, J. F. (2000): "Concepts of Alzheimer disease". Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- WHO (1958): "Organization, constitution of the World Health Organization, Annex 1". En *10 years of WHO*. Geneva: WHO.
- WHO (1988): *ICD-10. Chapter V. Mental, behavioral and developmental disorders*. (Draft): Geneva. WHO.
- WILCOX, V. L.; KASL, S. V., y BERKMAN, L. F. (1994): "Social support and physical disability in older people after hospitalisation: a prospective study". *Psychological Medicine*, 16, pp. 101-105.
- WILEY, J., y CAMACHO, T. (1980): "Life-style and future health: evidence from the Alameda County Study". *Preventive Medicine*, 9, p. 1.
- WILLIAMS, M. E. (1987): "Identifying the older person likely to require long-term care services". *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, pp. 761-766.
- WILLIS, S. L. (1989): "Improvement with cognitive training: which old dogs learn what tricks?" En L. Poon, D. Rubin y B. Wilson (eds): *Everyday cognition in adulthood and late life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WILLIS, S. L., y SCHAIK, K. W. (1986): "Training the elderly on the ability factors of spatial orientation and inductive reasoning". *Psychology and Aging*, 1, pp. 239-247.
- WILLITS, F. K., y CRIDER, D. M. (1988): "Health rating and life satisfaction on later middle years". *J. Gerontol.*, 43, pp. 172-176.
- WINGFIELD, A.; ABERDEEN, J. S., y STIEN, E. A. L. (1991): "Word onset gating and linguistic context in spoken word and recognition by young and elderly adults". *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, pp. 127-129.
- WINGFIELD, A.; STINE, E. L.; LAHAR, C. J., y ABERDEEN, J. S. (1988): "Does the capacity of working memory changes with age?" *Experimental Aging Research*, 14, pp. 103-107.
- WISE, M. G., y RIECK, S. O. (1993): "Diagnostic considerations and treatment approaches to underlying anxiety in the medically ill". *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (2, suppl.), pp. 22-26.
- WISOCKI, P. A. (1984): "Behavioral approaches to Gerontology". En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (comps.): *Progress in behavior modification*, vol. 16, New York: Academic Press, pp. 121-157.
- WOLFE, R.; MORROW, J., y FREDERIKSON, B. L. (1996): "Mood disorders in older adults". En L. L. Carstensen, B. A. Edelstein y L. Dornbrand (eds): *The practical handbook of clinical Gerontology*. California: Sage Publications, Inc.

- WOLINSKY, F. D.; CALLAHAN, C. M.; FITZGERALD, J. F., y JOHNSON, R. J. (1993): "Changes in functional status and the risks of subsequent nursing home placement and death". *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, pp. 93-101.
- WOLPE, J. (1990): *The practice of behavior therapy* (4ª edit.). New York: Pergamon Press.
- WOOD, Y. R. (1984): *Social networks and their relation to depression in University students*. Department of Psychology, University of Hawai.
- WOODS, R. T., y BRITTON, P. G. (1985): "Clinical psychology with elderly people". Chapman & Hall. London.
- WOODS, R. T. (1996): "Mental health problems in late life". En R. T. Woods (ed.): *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Chichester: Wiley.
- (1996): "Handobook of the clinical psychology of ageing". Chichester. Wiley.
- WOODWARD, N. J., y WALLSTON, B. S. (1987): "Age and health care beliefs; self-efficacy as a mediator of low desire for control". *Psychology and Aging*, 2, pp. 3-8.
- YANGUAS, J. J., y LETURIA, F. J. (1995a): "Programas de intervención en Residencias de ancianos: conceptualización". En AA.VV.: *Residencias para personas mayores: Manual de orientación*. SG-Editores. Madrid.
- (1995b): "Hacia una propuesta de conceptualización de programas de inbtervención en Gerontología psicosocial: el modelo de influencia". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. Volumen 30.
- (1996): "Programas de intervención en centros de día: conceptualización". En AA. VV.: *Centros de día para personas mayores dependientes: manual práctico*. Madrid: IMSERSO-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- YANGUAS, J. J.; LETURIA F. J.; LETURIA, M., y URIARTE, A. (1998): "Intervención psicosocial en Gerontología: Manual de orientación". Madrid: Cáritas-Fundación Caja Madrid.
- YANGUAS, J. J., y LETURIA, F. J. (2001): "Intervenciones en Gerontología: apuntes críticos para un nuevo milenio". *Revista de Intervención Psicosocial*. Vol 10, nº 3, pp. 343-353.
- ZARIT, S. H., y ZARIT, J. M. (1984): "Depression in later life: theory and assessment". En J. P. Abrahams y V. J. Crooks (comps.): *Geriatric Mental Health*, Orlando: Grune and Stratton.
- ZONDERMAN, A. B.; HERBST, J. H.; SCHMIDT, C., Jr.; COSTA, P. T., Jr., y McRAE, R. R. (1993): "Depressive symptoms as nonespecific, graded risk for psychiatric illness". *Journal of Abnormal Psychology*, 102, pp. 544-552.
- ZUBIN, J., y SPRING, B. (1977): "Vulnerability: A new view of schizophrenia". *Journal of Abnormal Psychology*, 86, pp. 103-126.
- ZUNZUNEGUI, V., y BELAND, F. (1995): "La salud de las personas mayores de Leganés". *Rev. Gerontol.*, 5, pp. 245-58.

COLECCIÓN ESTUDIOS

Serie Personas Mayores

- 11001. Personas mayores viviendo solas. *La autonomía como valor en alza.*
- 11002. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional.



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES,
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



IMSERSO

ISBN 84-8446-088-6



9 788484 460886

P.V.P.: 12 €