

ORIGINALES

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria

J.M. Casado, N. González, S. Moraleda, R. Orueta, J. Carmona y R.M. Gómez-Calcerrada

Centro de Salud Sillería. Toledo.

Objetivos. Estudiar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes ancianos consultantes y los factores asociados a aquélla.

Diseño. Observacional, transversal.

Ambito. Atención primaria. Centro de salud urbano.

Sujetos. Pacientes mayores de 65 sin limitación física ni psíquica que alterase la comunicación médico-paciente que solicitasen consulta. Elección de muestra necesaria, por muestreo consecutivo, para precisión de 0,05 puntos y nivel de confianza del 95% (número necesario, 386).

Intervención. Los pacientes cumplimentaron la versión validada al castellano del Nottingham Health Profile. Las variables sociodemográficas y de morbilidad fueron recogidas de la historia clínica o, en su defecto, de la entrevista al paciente.

Mediciones y resultados. El cuestionario fue contestado por 386 pacientes, con una puntuación media global de 9,166 puntos (25,5% de porcentaje de deterioro; IC del 95%, 23,8-27,1%), siendo el deterioro en cada una de las dimensiones del cuestionario de: «energía» (22%; IC del 95%, 25,3-18,7%), «dolor» (22,5%; IC del 95%, 24,9-20,1%), «sueño» (31,7%; IC del 95%, 34,8-28,6%), «aislamiento social» (16,5%; IC del 95%, 18,9-14,1%), «estado emocional» (27,9%; IC del 95%, 30,5-25,8%) y «movilidad» (28,3%; IC del 95%, 30,7-25,9%).

De forma estadísticamente significativa, presentaron mayor grado de deterioro las mujeres que los varones (28,7% frente a 19,0%; $p < 0,001$), excepto en la esfera «energía»; las personas de mayor edad (23,1%, 21,1%, 24,4%, 30,5% y 35,9%, respectivamente, en los grupos de edad 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 y > 84 años; $p < 0,001$), excepto en las esferas «dolor» y «sueño», los que vivían solos o sin su pareja, los incluidos en el programa de atención domiciliaria (42,8% frente a 23,3%; $p < 0,001$), los que presentaban mayor número de patologías crónicas y los que consumían mayor número de fármacos.

Conclusiones. Existe un deterioro importante de la calidad de vida de nuestros ancianos, asociándose a distintos factores sociodemográficos y de morbilidad. La valoración de la calidad de vida subjetiva debería convertirse en una herramienta de uso habitual en la práctica clínica.

Palabras clave: Examen de salud. Calidad de vida. Cuestionario.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PATIENTS IN PRIMARY CARE

Objectives. To study the quality of life of the consultant elderly people and the associated factors to them.

Design. A transversal and observational study.

Setting. Primary care. An urban health center.

Participants. Patients over 64 years without any physical or psiquical limitation that disturb the communication between patient and doctor, that ask for a consultation. Election of a necessary sample through consecutive sampling, to precision of 0,05 points and 95% CI.

Operations. The patients filled out the valid version to Spanish of the Nottingham Health Profile. The social demographics and the morbidity variables were taken through clinical histories or in other case, through the patients interviews.

Measurements and main results. The questionnaire was answered for 386 patients with a global mid puntuación de 9,166 points (25,5% of deterioration; 95% CI, 23,8-27,1%), being the deterioration in each one of following sizes: «energy» (22%; 95% CI, 25,3-18,7%); «pain» (22,5%; 95% CI, 24,9-20,1%); «sleep» (31,7%; 95% CI, 34,8-28,6%), «social isolation» (16,5%; 95% CI, 18,9-14%); «emotional state» (27,9%; 95% CI, 30,5-25,8%) and «mobility» (28,3%; 95% CI, 30,7-25,9%). It was presented with a high level of deterioration and with differences statistically significant, women (28,7% versus 19,0%;

$p < 0,001$), except in «energy» sphere, patients with elevated age (23,1%, 21,1%, 24,4%, 30,5% y 35,9% in 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 and > 84 years old respectively; $p < 0,001$), except in «pain» and «sleep» sphere), those who lived alone or without partner, those who were included in the house attention program 42,8% frente a 23,3%; $p < 0,001$), those who had a major number of chronic disease and those who took a great number of drugs.

Conclusion. There are an important deterioration in the quality of life of our elderly people, associated to different social demography factors and morbidity. The assessment of the quality of life should be an habitual tool in our clinical practice.

Key words: Health check. Quality of life. Questionnaire.

Correspondencia: Ramón Orueta.
Centro Salud Sillería. C/ Sillería, s/n. 45001 Toledo.
Correo electrónico: rorueta@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 23-IV-2001.

«La felicidad suprime la vejez.»
(F. Kafka)

Introducción

Nuestro país, al igual que la mayoría de los países occidentales, ha experimentado un proceso de envejecimiento progresivo, debido principalmente a la disminución de la natalidad y a un aumento de la longevidad¹.

Hasta hace unos años, la política sanitaria se había dirigido a disminuir la morbimortalidad y a elevar la expectativa de vida en las poblaciones². Sin embargo, en los últimos tiempos se ha añadido un interés especial en conocer y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El uso del concepto «calidad de vida» ha originado dudas, confusiones e interpretaciones equívocas entre médicos, políticos, investigadores y los propios pacientes. La principal razón es que no existía una base conceptual para «medir» este término³, ya que englobaba conceptos de naturaleza subjetiva y, por tanto, difíciles de cuantificar⁴. Por este motivo, en 1994, la OMS propuso una definición de consenso de calidad de vida: «Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses»⁵, habiéndose demostrado su relación con la utilización de recursos sanitarios, institucionalización, pérdida de autonomía y muerte⁶⁻¹¹.

En la actualidad, debido a este interés despertado por el estudio de la «calidad de vida», se han validado instrumentos de medida como complemento importante para la valoración integral del paciente anciano¹².

En este contexto decidimos realizar el presente estudio, tratando de conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y los factores asociados a ésta de los ancianos consultantes de nuestro centro de salud.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal, sobre los pacientes pertenecientes a 3 cupos de medicina de familia de un centro de salud urbano de Toledo durante todo el año 1999.

La población diana estaba formada por la población ≥ 65 años del mismo. Para su inclusión, además del criterio edad, no debían de presentar enfermedad física ni psíquica que limitase la comunicación médico-paciente. El tamaño muestral necesario fue calculado para un nivel de confianza del 95% y una precisión de 0,5 puntos, con desviación estándar (5,01) conseguida mediante pilotaje previo con 50 pacientes, lográndose una muestra necesaria de 386 pacientes que fueron obtenidos de forma consecutiva según fueron atendidos en el centro o su domicilio, quedando excluidos los que no cumplían los criterios anteriormente señalados.

Las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios y tipo de convivencia) y de morbilidad (estar afectado de determinadas patologías; hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, patología articular limitante, síndrome ansiosodepresivo, cardiopatía isquémica, EPOC-asma, número de fármacos consumidos y estar o no incluidos en el programa de ayuda a domicilio) fueron recogidas de la historia clínica o, en su defecto, de la anamnesis del paciente.

Para nuestro estudio fue administrado el cuestionario de salud de Nottingham o Nottingham Health Profile (NPH). Éste es un cuestionario de medida de salud percibida que ha sido traducido y validado al castellano^{13,14}. El NPH consta de 36 ítems que se refieren a 6 dimensiones del estado de salud diferentes: disminución de la energía, dolor físico, problemas emocionales, aisla-

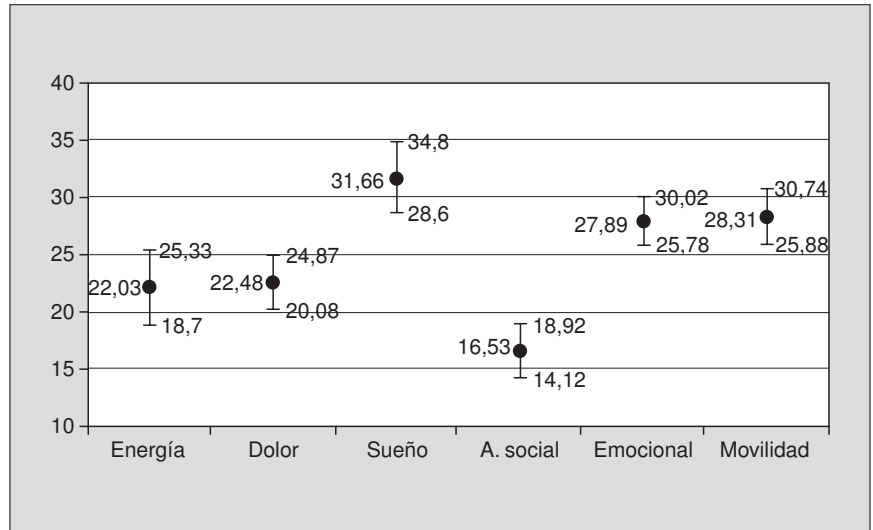


Figura 1. NPH-puntuación por dimensiones. Cifras expresadas en porcentaje de deterioro con IC del 95%.

miento social, disminución de la movilidad y alteración del sueño. En cada dimensión el paciente responde sí o no a las preguntas que se le formulan. Sumando el número de respuestas afirmativas, obtenemos en cada dimensión el deterioro que se expresa de modo porcentual; de este modo, cuanto mayor es este porcentaje, peor es la percepción de salud. Del mismo modo, se recogió la puntuación total del cuestionario de cada paciente, y aunque este valor no ha sido validado, puede tener interés para valorar de modo global a cada paciente y ha sido utilizado para comparar el deterioro, además de en cada dimensión, según las distintas variables.

La información recogida fue introducida en una base de datos del paquete estadístico R-sigma, y para su tratamiento estadístico se utilizaron herramientas de estadística descriptiva (media e IC) y analítica (t de Student para comparación de medias en variables cualitativas dicotómicas y análisis de la variancia para comparación de medias en caso de variables cualitativas con más de dos categorías).

Resultados

El cuestionario fue cumplimentado por 386 pacientes, correspondiendo un 66,8% a mujeres. La distribución por edades fue la siguiente; 65-69 años (27,5%), 70-74 años (25,6%), 75-79 años (20,7%), 80-84 años (14,0%) y ma-

yores de 84 años (12,2%). Un 15,9% de la muestra eran analfabetos, el 75,8% tenían estudios primarios y el 8,3% medios o superiores. Con referencia a la convivencia, el 26,3% vivían solos, un 42,1% con su pareja, el 18,2% con otros familiares y un 4,7% en algún tipo de institución.

Con referencia a la morbilidad, 43 (11,1%) estaban incluidos en programa de atención domiciliaria. No presentaban ninguna enfermedad crónica el 5,9%, una el 19,7%, dos el 26,9%, tres el 29,0% y cuatro o más el 18,4%. Las patologías crónicas más prevalentes eran hipertensión arterial (58,2%), dislipemia (45,6%), patología articular limitante (37,0%) y obesidad (32,6%). Respecto al consumo crónico de fármacos, un 8,6% no consumía ninguno, el 40,8% 1 o 2, un 22,9% 3 o 4 y el 27,8% 5 o más.

En el NPH se obtuvo una puntuación media global de 9,166 puntos, lo que equivale a un deterioro porcentual del 25,46% (IC del 95%, 23,80-27,12%). El grado de deterioro, así como sus IC, de cada uno de los apartados del cuestionario se recogen en la figura 1. Con relación al sexo, las mujeres presentaron un mayor deterioro

global (28,7% frente a 19,0%; $p < 0,001$). En la figura 2 se recoge la diferencia por sexos en las distintas esferas analizadas por el cuestionario, existiendo en todas ellas diferencias estadísticamente significativas excepto en «energía», donde las diferencias fueron casi significativas ($p = 0,072$).

Teniendo en cuenta la edad, el deterioro global era progresivo según aumentaba ésta (23,1% en 65-69 años, 21,1% en 70-74 años, 24,4% en 75-79 años, 30,5% en 80-84 años y 35,9% en mayores de 84 años; $p < 0,001$). En la figura 3 se muestra la relación entre edad y calidad de vida en las diferentes dimensiones del cuestionario.

En la tabla 1 se recoge la relación entre las distintas dimensiones de la calidad de vida y la convivencia y el nivel de estudio de los pacientes. En la figura 4 se presentan los datos que relacionan las distintas esferas del cuestionario con estar o no incluidos en el programa de atención domiciliar del centro, detectándose a nivel global mayor deterioro entre los incluidos en el programa (42,8% frente a 23,3%; $p < 0,001$). En las figuras 5 y 6 se representa el grado de deterioro en las distintas esferas del cuestionario en relación con el número de patologías crónicas y el número de fármacos consumidos de forma crónica.

Discusión

En los últimos años, diversos autores han expresado la utilidad de incorporar de forma rutinaria en la práctica clínica la investigación de la CVRS de los pacientes ancianos¹⁵⁻¹⁷, habiéndose desarrollado diversos cuestionarios para tal fin¹⁸⁻²². En nuestro estudio hemos utilizado el cuestionario de Nottingham por tratarse de un instrumento genérico que mide diversas áreas, con independencia de las patologías subyacentes, de fácil manejo por su brevedad y comprensibilidad

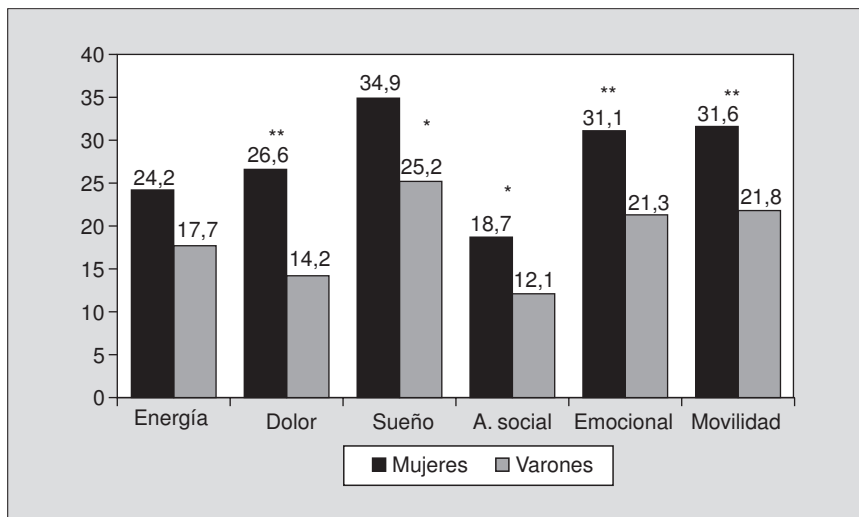


Figura 2. NHP-puntuación por dimensiones y sexo. Comparación de las medias de deterioro según sexo: *, $p < 0,01$; **, $p < 0,001$. Datos expresados en porcentaje de deterioro.

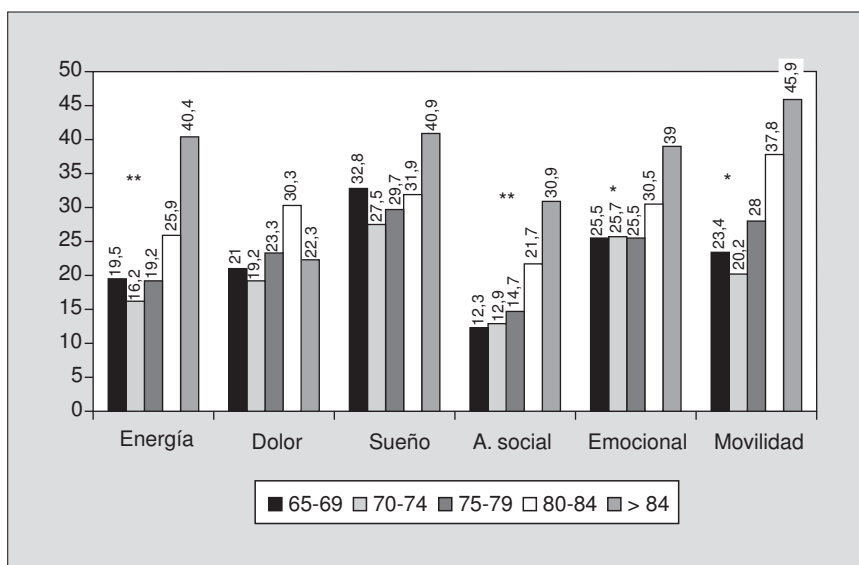


Figura 3. NHP-Puntuación por dimensiones y edad. Comparación de las medias de deterioro según la edad: *, $p < 0,01$; **, $p < 0,001$. Datos expresados en porcentaje de deterioro.

y útil para estudios transversales, siendo su uso adecuado en pacientes ancianos²³⁻²⁹.

Debe señalarse que solamente fue incluida en el estudio población demandante, pudiendo provocar un sesgo en la generalización de los resultados, ya que probablemente la población no demandante presente una mejor calidad de

vida. No obstante, suponemos que si existe sesgo éste será pequeño, dado que fueron incluidos un elevado porcentaje de los pacientes mayores de 65 años asignados a las consultas de medicina de familia estudiadas. Otra posible limitación es la existencia de psicopatología o deterioro cognitivo no diagnosticados que pudieran alte-

TABLA 1. NHP-puntuación por dimensiones y nivel cultural y convivencia

	Energía	Dolor	Sueño	A. social	Emocional	Movilidad
Analfabeto	29%	26,4%	33,1%	22,1%	31,7%	37,2%
Primarios	21,5%	22,2%	30,8%	15,6%	27,6%	27%
Medios/Superiores	4,2%	12,5%	33,3%	10,4%	19,9%	18,5%
	p < 0,01	p = 0,052	p > 0,05	p = 0,061	p = 0,073	p < 0,01
Solo	27,7%	21,3%	32,7%	27,2%	30,9%	28,6%
Pareja	16%	22,5%	28,8%	7,6%	24,8%	24,8%
Pareja y familia	14,7%	16,9%	31,2%	14%	25,2%	20,2%
Otros familiares	33,3%	25%	37,4%	24,6%	35,7%	39,4%
Institución	14,8%	30,5%	31,1%	11,1%	13,6%	29,4%
	p < 0,001	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001

La significación estadística hace referencia al grado de deterioro en cada dimensión en relación con la variable analizada (nivel cultural y convivencia).

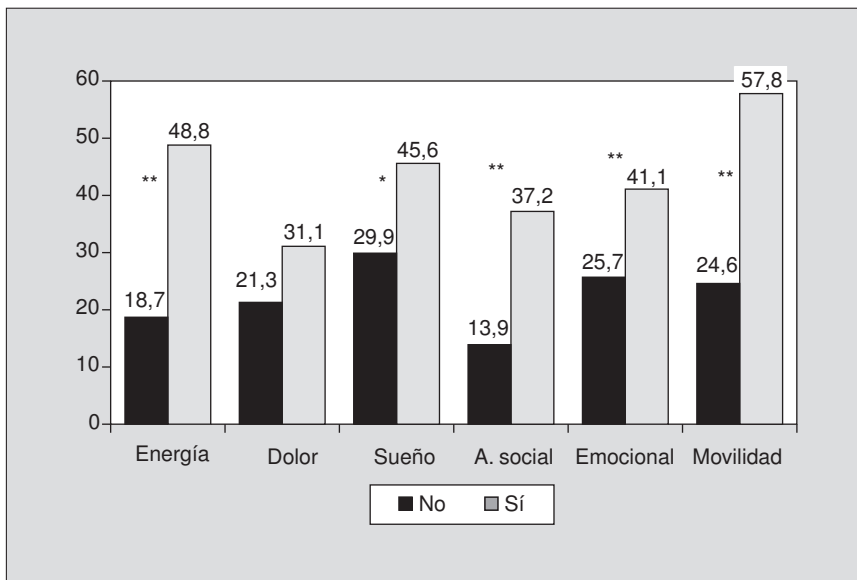


Figura 4. NHP-puntuación por dimensiones y programa de atención domiciliaria. Comparación de las medias de deterioro según inclusión o no en programa atención domiciliaria: *, p < 0,01; **, p < 0,001. Datos expresados en porcentaje de deterioro.

rar los resultados, si bien los pacientes mayores de 75 años tenían realizado cribado de deterioro cognitivo con el cuestionario de Pfeiffer, lo cual puede minimizar este riesgo.

La puntuación global del cuestionario obtenida en nuestro medio es similar a la presentada en otras investigaciones realizadas en nuestro país, donde la muestra seleccionada fue de similares características^{30,31}. Más difícil resulta la comparación con otros es-

tudios llevados a cabo en ancianos pero con distintas edades, patologías y/o situaciones concretas³²⁻³⁵... Podemos afirmar, por tanto, que existe un deterioro más o menos importante de la CVRS de nuestros ancianos, pero en consonancia con los resultados esperados.

De las distintas dimensiones estudiadas, «sueño» y «movilidad» son las que presentan mayor grado de deterioro. La esfera «sueño» ha sido también referida como la

más deteriorada en otros estudios^{30,32,36,37}, no apareciendo relacionado en nuestro estudio con características sociodemográficas, pero sí con el nivel de deterioro (número de patologías y de fármacos consumidos, inclusión en programa de atención domiciliaria...). La esfera «movilidad» aparece también con altas puntuaciones en otros estudios sobre población anciana^{4,30,32,35,37} y especialmente en pacientes con patología osteoarticular^{4,31}, lo cual parece lógico al ser este tipo de patología la que más altera la capacidad de movimientos de los pacientes.

La dimensión «aislamiento social» es la que presenta menor deterioro subjetivo, dato que coincide con la bibliografía consultada^{30-32,34-39}, apareciendo, como sería lógico pensar, mayor deterioro en la misma en aquellos ancianos que viven solos o en núcleos familiares sin pareja, y carecer por tanto de este apoyo social importante.

El hecho de que las mujeres presenten mayor deterioro subjetivo tanto a nivel global como de las distintas dimensiones estudiadas, dato que concuerda con otros estudios^{30,32,35,40-44}, hace pensar en la existencia de factores intrínsecos o extrínsecos que empeoran su percepción. Sobre ello existen diversas teorías; mayor exposición a problemas emocionales, menores oportunidades de mejora de su calidad de vida, mejor aceptación social de expresión de sus quejas^{45,46}...

La relación entre aumento de la edad y deterioro de la CVRS también ha sido destacado en distintas investigaciones^{30,36,38,39}. En este apartado cabe destacar que el grupo de edad de 65-69 años exprese mayor deterioro que el de 70-74 años y similar al de 75-79 años, especialmente en las esferas «sueño», «estado emocional» y «energía»; esto podría estar relacionado con el hecho de que en esta edad se producen cambios que precisan de una adaptación, como

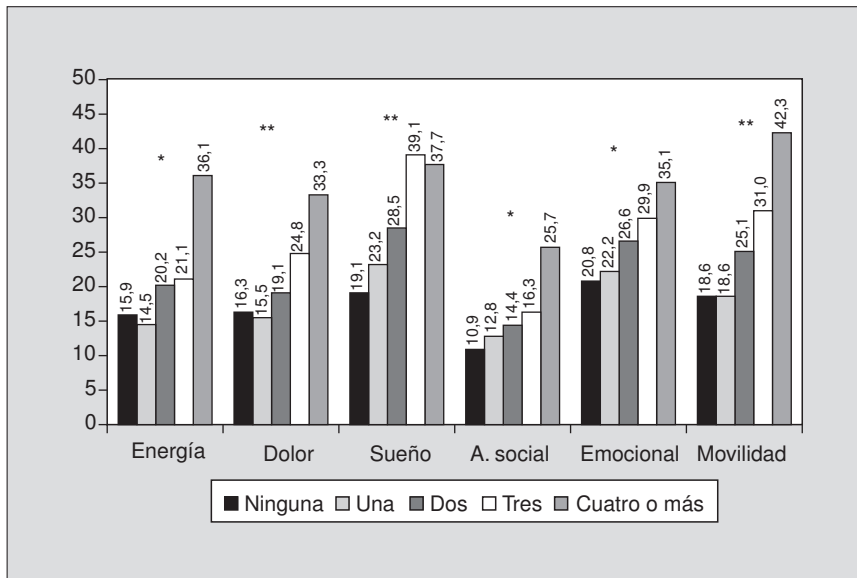


Figura 5. NHP-puntuación por dimensiones y número de patologías crónicas. Comparación de medias de deterioro según número de patologías crónicas: *, $p < 0,01$; **, $p < 0,001$. Datos expresados en porcentaje de deterioro.

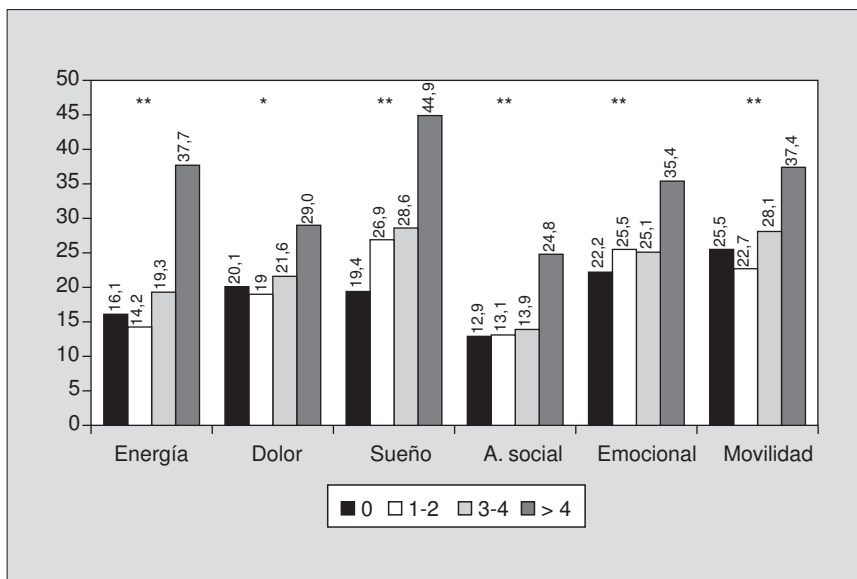


Figura 6. NHP-puntuación por dimensiones y número de fármacos consumidos. Comparación de medias de deterioro según número de fármacos consumidos: *, $p < 0,01$; **, $p < 0,001$. Datos expresados en porcentaje de deterioro.

la jubilación, que pueden incidir negativamente en su percepción. Un dato ya apuntado por otros estudios es la relación entre bajo nivel cultural y peor CVRS^{41,47-54}, hecho que probablemente también se asocie con un menor nivel de ingresos económicos.

La relación entre mayor deterioro subjetivo e inclusión en el programa de atención domiciliaria también ha sido ya señalada en la bibliografía⁵⁵⁻⁵⁷, y probablemente se deba al reflejo lógico del deterioro objetivo de su salud. Probablemente, en la misma línea ar-

gumental se aprecia un mayor deterioro en relación con un superior número de patologías crónicas presentadas y de fármacos consumidos, dato ya señalado por Bajo et al³⁰ y que no hemos podido comparar con otros estudios que analizan dichas variables por haberse realizado en poblaciones con patologías específicas.

Concluimos que existe un deterioro importante de la CVRS de los pacientes, y que éste se halla asociado a diferentes factores socio-demográficos y de morbilidad. Por último, el enfoque asistencial de la ancianidad debería dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficit encubiertos, con la instauración de las medidas correctoras pertinentes, incluyendo actividades de prevención y promoción⁵⁸; por ello se propone la valoración integral del anciano incluyendo la autopercepción de salud. Pensamos que la valoración de la calidad de vida debería convertirse en un instrumento de uso habitual en la consulta, siendo el NPH un instrumento útil para tal fin.

Bibliografía

1. Davies AM. Epidemiology and the challenge of ageing. *Int J Epidemiol* 1985; 14: 9-19.
2. Fernández López JA, Hernández-Mejía R. Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 576-578.
3. Leplege A, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina. *JAMA* (ed. esp.) 1998; 7: 19-23.
4. Vázquez-Noguerol Méndez R, García Boró S. Calidad de vida de las personas mayores inmovilizadas de un distrito urbano de Madrid. *MEDIFAM* 1997; 7: 72-88.
5. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument. *Qual Life Res* 1993; 2: 153-159.
6. Harris T, Kover MG, Suzman R, Kleiman JC, Feldman JJ. Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. *Am J Public Health* 1989; 79: 698-702.

7. Branch LG, Jette A. A prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *Am J Public Health* 1982; 72: 1373-1379.
8. Campbell AJ, Diep C, Reinken J, McCosh L. Factors predicting mortality in a total population sample of the elderly. *J Epidemiol Community Health* 1985; 39: 337-342.
9. Warren MD, Knigh R. Mortality in relation of functional capacities of people with disabilities living at home. *J Epidemiol Community Health* 1982; 36: 220-223.
10. Colvez A, Robine JM, Jovan-Flahault CH. Risque et facteur de risque d'incapacité aux âges élevés. *Rev Epidém Santé Publ* 1987; 35: 257-269.
11. Kaplan G, Bavell V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. *J Gerontol* 1988; 43: 1145-1205.
12. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993; 118: 622-629.
13. Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80: 704-708.
14. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res* 1994; 3: 385-393.
15. Ware JE, Brook RH, Davies AR, Lohr KN. Choosing measures of health status for individuals in general populations. *Am J Public Health* 1981; 71: 600-625.
16. Goldstein M, Siegel JM, Boyer R. Predicting changes in perceived health status. *Am J Public Health* 1984; 74: 611-614.
17. Muller CH. Health status and survival needs of the elderly (editorial). *Am J Public Health* 1982; 72: 789-790.
18. McDowell I, Newell C. Measuring health, a guide for rating scales and questionnaires. Oxford: Oxford University Press, 1987.
19. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.
20. Bergner M. The sickness impact profile. En: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J, editores. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. Nueva York: Le Jacq Pub., 1984; 152-160.
21. Siegrist J, Broer M, Junge A. Profiler der Lebensqualität bei Chronisch Kraken (PLC). Hogrefe-Göttingen-Berna-Toronto-Seattle, 1995 (en prensa).
22. Ballina García FJ, Flórez Lozano JA, Rodríguez Pérez A. Calidad de vida de las personas ancianas. *Med Integral* 1998; 32: 72-78.
23. Fletcher AE, Dickinson EJ, Philip I. Audit measures: quality of life instruments for everyday use with elderly patients. *Age and Ageing* 1982; 21: 142-150.
24. Wiklund I. The Nottingham Health Profile: swedish version. En: Alonso J, Hunt S, Niero M, Buquet D, McKenna S, Wiklund I, editores. European guide to the Nottingham Health Profile. Montpellier: ESCUBASE, 1992; 77-103.
25. Ebrahim S, Williams J. Assessing the effects of a health promotion programme for elderly people. *J Public Health Med* 1992; 14: 199-205.
26. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J. A quantitative approach to perceived health. *J Epidemiol Community Health* 1980; 34: 281-285.
27. Matías-Guiú J, Insa R. Calcioantagonistas en las afecciones cerebrovasculares. En: Calcioantagonistas en la vida diaria. Nicardipina: nuevas perspectivas. Madrid: Idepsa. Agora Medicine, 1990; 23-39.
28. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status. Londres: Croom Helm, 1986.
29. Hopton JL, Porter AM, Howie JG. A measure of perceived health in evaluating general practice: the Nottingham Health Profile. *Fam Pract* 1991; 8: 253-260.
30. Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó F, Casajuana J, Vila MA et al. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17: 273-280.
31. Barajas Gutiérrez MA, Robledo Martín E, Tomás García N, Sanz Cuesta T, García Martín P, Cerrada Somolinos I. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 221-231.
32. Grimby A, Wiklund I. Health-related quality of life in old age. A study among 76-year-old Swedish urban citizens. *Scand J Soc Med* 1994; 22: 7-14.
33. Galiano L. Influencia de la edad en la calidad de vida de pacientes mayores de 65 años con isquemia vestibrobascular tratados con nicardipino. *Rev Neurol* 1995; 23: 784-788.
34. Hedrick SL, Barrand N, Deyo R. Working Group Recommendations: measuring outcomes of care in geriatric evaluation and management units. *J Am Geriat Soc* 1991; 39: 485-525.
35. Noro A, Aro S. Health-related quality or life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population. *Quality of Life Research* 1996; 5: 355-366.
36. VanderZee KI, Sanderman R, Heyink J. A comparison of two multidimensional measures of health status: The Nottingham Health Profile and the RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Quality of Life Research*. 1996; 5: 165-174.
37. Lukkariinen H, Hentinen M. Assessment of quality of life with the Nottingham Health Profile among patients with coronary heart disease. *J Adv Nurs* 1997; 26: 73-84.
38. Tsukino M, Nishimura K, Ikeda A, Koyama H et al. Physiologic factors that determine the health-related quality or life in patients with COPD. *Chest* 1996; 110: 896-903.
39. Visser MC, Fletcher AE, Parr G, Simpson A, Bulpitt J. A comparison of three quality of life instruments in subjects with angina pectoris: the Sickness Impact Profile, the Nottingham Health Profile, and the Quality of Well Being Scale. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 157-163.
40. Meyboom de Jong B, Smith RJA. Studies with the Darnmouth COOP charts in general practice: comparison with the Nottingham health profile and the general health questionnaire. En: Lipkin M Jr, editor. Functional status measurement in primary care. Nueva York: Springer-Verlag, 1990; 132-149.
41. Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gac Sanit* 1991; 5: 117-124.
42. Haan R, Aaronson N, Limburg M, Langton Hewer R, Van Crevel H. Measuring quality of life in stroke. *Stroke* 1993; 24: 320-327.
43. Briscoe M. Sex differences in psychological well-being. *Psychol Med* 1982; 12 (Supl 1): 1-46.
44. Hunt MS, McEwen J, McKenna SP. Perceived health age and sex compa-

- ritions in a community. *J Epidemiol Commun Health* 1984; 38: 156-160.
45. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. 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* 1998; 4: 119-131.
 46. Fernández López JA, Hernández-Mejía R, Cueto Espinar A. La calidad de vida: un tema de investigación necesario (y II). Validez y beneficios. *Med Integral* 1996; 27: 116-121.
 47. Nelson E, Conger B, Douglas R, Gephart D, Kirk J, Page R. Functional health status levels of primary care patients. *JAMA* 1983; 249: 3331-3338.
 48. Nelson EC, Wasson JH, Kirk JW. Assessment of function in routine clinical practice. Description of the COOP Chart method and preliminary findings. *J Chronic Dis* 1987; 40 (Supl 1): 55.
 49. Espejo Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda Lara JM, Rubio Cuadrado V, Enciso Bergé I, Zunzunegui Pastor MV et al. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores socio-sanitarios asociados (proyecto AN-CO). *Aten Primaria* 1997; 20: 3-11.
 50. Kaplan RM, Alcaraz JE, Anderson JP, Weisman M. Quality-adjusted life years lost to arthritis: effects of gender, race and social class. *Arthritis Care Res* 1996; 9: 473-482.
 51. Gold M, Franks P, Erickson P. Assessing the health of the nation. The predictive validity of a preference-based measure and self-rated health. *Med Care* 1996; 34: 163-177.
 52. Health status evaluations from the general public using the visual analogue scale. *Quality Life Res* 1996; 5: 521-531.
 53. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1997; 20: 562-567.
 54. Vázquez-Noguerol R, Ferrer Amedo C, Cortés Ojalvo S, Herrero Sancho E, Espejo Martínez C, Cassinello Espinosa C. Evaluación de la capacidad funcional de los ancianos y sus factores asociados. *Medifam* 1994; 6: 276-283.
 55. Badia X. Sobre la adaptación transcultural de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud para su uso en España. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 56-58.
 56. Bertin G, Niero M, Porchia S. L'adattamento del Nottingham Health Profile al contesto italiano. En: Alonso J, Hunt S, Niero M, Buquet D, McKenna S, Wiklund I, editores. *European guide to the Nottingham Health Profile*. Montpellier: ESCUBASE, 1992; 183-223.
 57. Bucquet D, Condon S. L'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham: french version. En: Alonso J, Hunt S, Niero M, Buquet D, McKenna S, Wiklund I, editores. *European guide to the Nottingham Health Profile*. Montpellier: ESCUBASE, 1992; 105-182.
 58. Benítez MA, Vázquez JR. Valoración del grado de autonomía de los ancianos. *Aten Primaria* 1992; 10: 888-891.