



“CAMBIO DE ESTILOS DE VIDA DESDE EL ÁMBITO FAMILIAR”

INFORME DE RESULTADOS

PROYECTO NUPHYCO*

“Evaluación del estado nutricional, físico, afectivo, cognitivo y social en personas mayores de los diferentes municipios de España: Proyecto NUPHYCO”

** “Assessment of nutritional status, physical, affective, cognitive, and social functioning in elderly people from different municipalities of Spain: ‘NUPHYCO’ project”*

Proyecto integrado en “European Innovation Partnership Active & Healthy Ageing: Action Group Prevention of functional decline and frailty (A3)”.

“Envejecer es un destino que nos afecta a todos. Mejorando su presente mejoramos nuestro futuro...”

II Asamblea Mundial del envejecimiento. Madrid 2002.

“Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo.”

Albert Einstein

“Mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han participado en la recogida de datos y en la organización del proyecto de cada ayuntamiento así como en la FEMP y la RECS destacando de todos su flexibilidad y profesionalidad para con el proyecto”.

Autor del informe y del análisis estadístico

Prof. Dr. Javier Gómez Pavón.

Director del Observatorio del Mayor. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada.
Profesor de Medicina de la Universidad Alfonso X el Sabio. Villanueva de la Cañada.
Servicio de Geriátría. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

Responsable de la muestra a estudio

D. David Moreno Tiemblo. Técnico en Investigación

Participantes:

Federación Española de Municipios y Provincias

Dña. Gema Rodríguez López. Subdirectora Desarrollo Sostenible
Dña. Ana M^a Estebaranz Berzal. Secretaria Técnica de la Red Española de Ciudades Saludables
Dña. Sandra Rentero Gutiérrez. Jefa Administrativa

Instituto de Mayores y Servicios Sociales

Fundación Española de la Nutrición

D. Gregorio Varela Moreiras. Presidente
D. José Manuel Ávila Torres. Director General
Dña. Teresa Valero Gaspar Directora de Información y Divulgación Científica
Dña. Emma Ruiz Moreno. Directora de Proyectos
Dña. Paula Rodríguez Alonso. Directora de Comunicación Digital

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

Dr. José Antonio López Trigo. Presidente
Dr. Primitivo Ramos Cordero. Secretario General

Universidad Alfonso X El Sabio

Dr. José Antonio Arias Navalón. Decano Medicina
Dr. Juan José Montoya Miñano. Director Fundación Investigación

Observatorio de Salud del Mayor de Villanueva de la Cañada

D. Luis Partida Brunete. Alcalde de Villanueva de la Cañada y Presidente del Consejo Municipal de Salud
 D. Javier Gómez Pavón. Director del Observatorio
 D. José Manuel Ávila Torres. Concejal de Villanueva de la Cañada y Vicepresidente del Consejo Municipal de Salud
 Dña. Eva María Martín de la Peña. Secretaria del Consejo Municipal de Salud
 Dña. Carmen Martínez-Carrasco Rico. Área de Salud y Bienestar Social de Villanueva de la Cañada

Ayuntamiento de Puerto Lumbreras

Dña. María Carmen Marín Munuera. Coordinadora
 D. Juan Pérez Cayuela. Agente censal
 Dña. María Jesús García Pérez Técnico. Investigador
 Dña. María Isabel Soto Andreo. Entrevistadora telefónica
 Dña. Ana María Martínez Soto. Entrevistadora telefónica
 Dña. Juana María Molares García. Entrevistadora telefónica

Ayuntamiento de Santander

D. Antonio Gómez Gutiérrez. Concejal de Familia y Servicios Sociales
 Dña. María Tejerina Puente. Concejal de Familia y Servicios Sociales
 Dña. Carmen Rodríguez Fernández. Dirección y coordinación
 Dña. Leticia Arce Ruiz, Personal de enfermería
 Dña. María Jesús Álvarez Lastra, Personal de enfermería
 Dña. Andrea Turceta Vidal, Personal de enfermería
 Dña. Teresa Mozota Holgueras, Personal administrativo
 D. Federico López Ruisánchez, Personal administrativo
 Dña. Jessica Mariana Lorenzo Coronado. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública
 Dña. María Rosario Gonzalo López. Enfermera y Licenciada en Psicopedagogía
 Dña. Sara Bellisco Roncal, Enfermera de apoyo
 Dña. Estefanía Sañudo Gutiérrez, Enfermera de apoyo
 Dña. Regiane Faria, Enfermera de apoyo
 Dña. Rocío Cecilia García Cosnilla, Enfermera de apoyo

Ayuntamiento de Málaga

Dña. Dolores Auriolos Florido. Jefa del Servicio Acción Social
 Dña. Francisca Ramos Montero. Jefa de Sección Mayores
 D. José Manuel Marín Carmona. Médico Geriatra del Centro Envejecimiento Saludable
 D. Antonio Miguel López Puertas. Psicólogo (Empresa JABEGA)
 Dña. Carolina Berrocal Ruiz. Entrevistadora telefónica (Empresa JABEGA)
 Dña. Carmen María Vázquez Puertas. Entrevistadora telefónica (Empresa JABEGA)

Ayuntamiento de Valladolid

Dña. María Teresa Arranz Valentín. Jefa de la Sección de Salud Pública

D. Miguel A. Sancho Cuesta. Jefe Actual de la Sección de Procedimiento

Dña. Esther Quintero. Auxiliar Administrativo

D. Ángel Agúndez. Técnico Estadístico

Dña. Laura Caballero Calavia. Coordinadora (Empresa COTESA)

Dña. María Ligia Grande Velasco. Entrevistadora telefónica (Empresa COTESA)

Dña. Raquel Gregorio. Entrevistadora telefónica (Empresa COTESA)

D. Andrés Luengo Sardón. Entrevistadora telefónica (Empresa COTESA)

Dña. María José Sardón Luengo. Entrevistadora telefónica (Empresa COTESA)

Dña. María Jesús Ruíz Labarga. Entrevistadora telefónica (Empresa COTESA)

CONTENIDO

RESUMEN	8
1. INTRODUCCIÓN. Justificación	9
Bibliografía	11
2. OBJETIVOS	12
3. MATERIAL Y MÉTODO	13
3.1. Diseño	13
3.2. Población a estudio	14
3.3. Variables a estudio	18
3.4. Análisis estadístico	29
3.5. Compromiso y respeto a las normas éticas	30
3.6. Entidades participantes	31
4. RESULTADOS	34
4.1 Resultados de la muestra a estudio	34
4.2 Resultado de las variables de salud	37
4.3 Resultados de la influencia del sexo	48
4.4 Resultados de la influencia de la edad	56
4.5 Resultados de la calidad de vida relacionada con la salud	62
4.6 Resultados de adecuación de los recursos municipales	71
5. CONCLUSIONES	98
Anexo 1 Resultados del estudio Villanueva Mayores	100
Anexo 2 Resultados del estudio Villanueva Mayores	101
Anexo 3 Modelo de informe a participantes	102
Anexo 4 Protocolo final del estudio	104
Anexo 5 Informe comité de ética Universidad Alfonso X el sabio	114
Anexo 6 Acuerdo de confidencialidad de participantes	115

RESUMEN

Objetivo: evaluar los factores asociados a la calidad relacionada con la salud de la vida (CVRS) de las personas mayores en diferentes municipios de España y analizar la adecuación de los recursos municipales de vida saludable en dichos municipios.

Método: Han participado 4 ciudades (Málaga, Puerto Lumbreras, Valladolid y Santander). Estudio poblacional observacional de corte transversal. Se obtuvo una muestra representativa de cada municipio participante de ≥ 70 años. Excluidos institucionalizados, los que no quisieron participar o no localizados. Cada municipio envió una carta invitándoles a participar por parte del alcalde con una entrevista telefónica realizada a continuación incluyendo las diferentes variables según protocolo. En todos los casos se recogió el consentimiento previamente a la entrevista. La recogida de datos comenzaron en julio de 2014 y terminaron en junio de 2015.

Resultados: N= 1957 (60% mujeres, edad media = 78.66 +/- 6,21 años). 54% casados, estudios primarios en 33,5%. Síndromes geriátricos presentes: dolor de 61%, problemas de sueño 49%, 33% con incontinencia urinaria, caídas del 22,8%, el trastorno afectivo 22%, cerca de 27% presentan deterioro cognitivo leve a moderado sin diagnóstico, el 19% en situación de riesgo nutricional (MNA abreviado 8-9) , 30% con dependencia en ABVD (índice de Barthel <90). CVRS medida por EuroQold 5D = 6,64 +/- 2,21) y por EVA EuroQold-5D (0-100) = 60,91 +/- 21,16. En el análisis de regresión lineal múltiple la CVRS medida por el EuroQold 5D (EVA) se asoció con: intensidad del dolor, intensidad de trastorno del ánimo, el nivel de estudios, el conservar las actividades instrumentales de la vida diaria, el ejercicio físico y el viajar.

En relación con la adecuación de los recursos municipales, éstos han sido muy poco utilizados por los participantes del estudio. Pero sin embargo, de los que los han utilizado la valoración es buena/muy buena y consideran en grado alto que le son útiles para su salud y el ánimo. El recurso más utilizados han sido la actividad física y el deporte.

Por último hay una relación estrecha entre una mejor calidad de vida y una participación más satisfactoria en los recursos de promoción de la salud de los municipios con buena puntuación de los mismos.

CONCLUSIÓN:

Los programas municipales de Promoción de la Salud para personas mayores deberían centrarse en mejorar la actividad física, el trastorno del ánimo al igual que en actividades de tiempo libre con viajes. Su uso debería ser más generalizado y abarcar a una mayor proporción de las personas mayores del municipio ya que mejora ostensiblemente su CVRS. Los programas podrían realizarse en conjunto con todas las edades más que solo para mayores.

1. INTRODUCCIÓN. Justificación.

El envejecimiento de la población es una cuestión que ya se está abordando de una manera decidida desde algunos Ayuntamientos de la RECS; todas las previsiones indican que el envejecimiento demográfico crecerá en los próximos años. En la población mayor es especialmente importante un envejecimiento saludable (1,2,3) representado por una buena calidad de vida que le permita seguir contribuyendo a la sociedad y disminuya a la vez la necesidad de asistencia sanitaria y social y, por lo tanto, el consumo de recursos.

Reducir los índices de obesidad, prevenir la desnutrición y fomentar el ejercicio físico y la participación social son, sin duda, uno de los pilares fundamentales de un envejecimiento saludable (3,4). Estas iniciativas a su vez deben ir reforzadas y apoyadas con un cambio en los estilos de vida en el ámbito familiar. De este modo, se podrá conseguir un mayor efecto en el establecimiento de hábitos de conducta y comportamientos cotidianos más saludables, que irán desde fomentar el consumo de alimentos que contribuyan a mantener un mejor estado de salud, promover con mayor asiduidad y constancia la práctica de ejercicio físico y participación social.

En definitiva, se trata de prevenir la dependencia de la persona mayor a través del cambio de costumbres y estilos de vida en el ámbito familiar que podrían estar influyendo en un deterioro de la salud de la ciudadanía. Deterioro que en la persona mayor, ampliamente documentado, se refleja en una pérdida de autonomía con mayores tasas de dependencia que conllevan un mayor sufrimiento personal y familiar, con un mayor consumo de recursos y, por lo tanto, con un mayor coste tanto sanitario como social (4,5).

La puesta en marcha desde la RECS del Proyecto *“Cambio de estilos de vida desde el ámbito familiar”*, tiene como objetivo trabajar estrecha y coordinadamente desde los municipios. Se trata de iniciar un proyecto piloto como experiencia de trabajo específica con varios Ayuntamientos de la RECS para promover el cambio de estilo de vida en cuanto a hábitos alimentarios, práctica de ejercicio físico y participación social, promoviendo un envejecimiento saludable pero desde el ámbito familiar.

Por ello, en una primera parte del proyecto se trabajará con cuatro ayuntamientos que van a abordar esta cuestión. Todos trabajarán con una misma metodología y se determinará una franja de edad para delimitar más fácilmente la población (según padrón municipal de habitantes actualizado a 2014).

Con esta parte del proyecto se pretende que los municipios que participen conozcan la calidad de vida y la situación nutricional, cognitivo-afectiva y funcional, real de la población seleccionada, al igual que la adecuación de sus recursos municipales a las necesidades demandadas por dicha población.

Posteriormente, cada Ayuntamiento, con la información obtenida del estudio, podrá tomar decisiones y llevar a cabo iniciativas que contribuyan a un envejecimiento activo y saludable de la población mayor, participando de forma más activa en la vida municipal y contribuyendo a mejorar su estado de salud. Todo ello con una mejor adecuación de los recursos demandados y por lo tanto con un coste más eficaz.

Contamos con una experiencia previa muy favorable, un estudio similar que se realizó en el municipio de Villanueva de la Cañada (Madrid), del que se desprende claramente que hay factores sobre los que se puede actuar para mejorar la calidad de vida y la función de los octogenarios del municipio. Así, el estudio mostró, anexo 1 y 2, que “los octogenarios no institucionalizados prestan una buena calidad de vida relacionada con la salud, siendo la situación funcional, el riesgo nutricional y el insomnio, los principales factores que influyen en la misma”. Con estos datos se ha creado el Observatorio de la Salud del Mayor para, entre otros objetivos, potenciar el envejecimiento saludable, y dados los resultados del estudio, poner en marcha entre otros, programas de mejora funcional (por ejemplo programa con plataformas Bosu, programa de coordinación con atención primaria, etc.).

Por otra parte, el proyecto piloto NUPHYCO ha sido incluido dentro de la Acción A3 (Acción para la prevención del deterioro funcional y fragilidad) del Plan estratégico de aplicación de la cooperación de innovación europea sobre el envejecimiento activo y saludable (6).

Bibliografía

1. Christensen K, Thinggaard M, McGue M, Rexbye H, Hjelmborg JB, Aviv A, et al. Perceived age as clinically useful biomarker of ageing: cohort study. *BMJ* 2009;339:b5262.
2. Layte R, Sexton E, and Savva G. Quality of Life in Older Age: Evidence from an Irish Cohort Study. *J Am Geriatr Soc.* 2013; 61:S299–S305.
3. Libro blanco del envejecimiento activo. En: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) editor. Catálogo General de Publicaciones Oficiales. [Fecha de publicación: 1.ª edición, 2011].
<http://www.060.es> Nipo Cdrom: 866-11-031-2
4. Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedicto A, y col. En representación del grupo de trabajo de sociedades científicas y administraciones sanitarias. Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42 (Supl 2):15-56.
5. Esparza Catalán, Cecilia (2011). "Discapacidad y dependencia en España". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 108. [Fecha de publicación: 08/04/2011].
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>
6. European Innovation Partnership Active & Healthy Ageing: Action Group Prevention of functional decline and frailty (A3)
<https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/actiongroup/index/a3>



2. OBJETIVOS

- **Objetivo general:** Conocer la calidad de vida relacionada con la salud y la situación nutricional, funcional y cognitivo-afectiva de la población de 70 y más años en cuatro municipios de la RECS, así como la adecuación de los recursos municipales de vida saludable en dichos municipios según las necesidades objetivas y las percibidas por dicha población.
- **Objetivos específicos**
 - En la población de 70 y más años, de los municipios seleccionados de la RECS:
 - Objetivos específicos de estado de salud:
 - Conocer la calidad de vida relacionada con la salud.
 - Conocer la situación nutricional, funcional, cognitiva y afectiva.
 - Repercusión en la calidad de vida de la situación nutricional, funcional y psicoafectiva.
 - Objetivos específicos de adecuación de recursos municipales:
 - Conocer el consumo de recursos municipales por dichos mayores.
 - Adecuación del consumo de recursos al estado objetivable de situación funcional, cognitivo-afectivo.
 - Conocer la percepción (grado de satisfacción y de conocimiento) de dichos recursos municipales por parte de los mayores.



3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1. DISEÑO

Estudio poblacional observacional de corte transversal.

Nueve Municipios se adhirieron al proyecto pero finalmente solo participaron cuatro. Se obtuvo una muestra representativa de cada municipio participante (Santander, Valladolid, Puerto Lumbreras y Málaga). A todos los participantes seleccionados según muestreo, se les envió previamente una carta explicativa y de invitación a participar en el proyecto por parte del alcalde de cada municipio. Posteriormente se contactó por teléfono para realizarles una entrevista telefónica según protocolo. Entre recibir la carta de invitación al estudio y recibir la llamada no pasó más de una semana, por lo que la muestra ha estado dividida en tramos más o menos semanales de envíos de cartas de invitación, siempre acoplados con las llamadas de los entrevistadores.

A todos los individuos participantes o a sus cuidadores en caso de demencia u otras incapacidades psicoconductuales, se les ha pedido el consentimiento informado explícito en la llamada y en caso favorable se ha continuado con la entrevista telefónica. Todos los participantes que hayan dado su consentimiento telefónico han sido entrevistados por técnicos municipales / estudiantes en prácticas / empresas contratadas a tal fin, previamente formados y entrenados, en una sesión formativa común siguiendo la misma metodología del protocolo específico del estudio, y con contacto telefónico permanente con el grupo de investigación de NUPHYCO ante cualquier duda metodológica o de cualquier otro tipo.

Finalmente, a todos los individuos participantes se les ha ido mandado conforme se le ha realizado la entrevista un informe resumen de los datos extraídos de las mismas con recomendaciones básicas de salud (Anexo 1). Dicho informe ha sido realizado por el Dr. Gómez Pavón, y firmado en representación del grupo de investigación. Los informes fueron remitidos según codificación a cada municipio, y éste, con su membrete oficial, lo remitían al correspondiente ciudadano por correo postal.

3.2. POBLACIÓN A ESTUDIO

La población objeto de estudio es una muestra representativa de cada municipio seleccionado, con el único **requisito de inclusión**:

- Ser mayor o igual de 70 años
- Empadronado en dicho municipio.

Se excluyen:

- Las personas institucionalizadas en centro residenciales gerontológicos.
- Aquellos que rechacen participar.
- Los no localizados (por falta de teléfono o porque no son localizados en las diferentes llamadas de los entrevistadores).

Los universos de los municipios con datos del padrón municipal de habitantes proporcionados por los propios municipios y su distribución por sexo y edad es la siguiente:

Municipio (175.000 Hab.) Cantabria (Santander)	Hombres	Mujeres	Total
De 70 a 79 años	6.123	8.534	14.657
De 80 y más años	4.331	9.488	13.819
Total	10.454	18.022	28.476

Municipio (550.000 Hab.) Andalucía (Málaga)	Hombres	Mujeres	Total
De 70 a 79 años	16.407	22.524	38.931
De 80 y más años	8.257	16.971	25.228
Total	24.664	39.495	64.159

Municipio (15.000 Hab.) Murcia (Puerto Lumbreras)	Hombres	Mujeres	Total
De 70 a 79 años	336	345	681
De 80 y más años	217	369	586
Total	553	714	1.267

Municipio (300.000 Hab.) Castilla y León (Valladolid)	Hombres	Mujeres	Total
De 70 a 79 años	13.179	16.326	29.505
De 80 y más años	7.526	14.129	21.655
Total	20.705	30.455	51.160

Selección de la muestra

Puesto que es complicado pedir la colaboración a toda la población objeto de estudio, para obtener una muestra representativa, desde cada ayuntamiento, como se ha expuesto anteriormente, se les envió una carta invitándoles a participar en el estudio por parte de cada uno de los alcaldes de los municipios. Posteriormente se les contactó por teléfono para concertar cita y realizarles una entrevista telefónica.

Tamaño de la muestra

Al no tratarse de un proyecto que pretende ofrecer datos a nivel nacional, sino a nivel municipal, es necesario establecer una muestra para cada municipio. La muestra para cada uno de ellos se determinará en base al tamaño poblacional y el error muestral máximo admisible. En este sentido, se establecieron diferentes márgenes de error según tamaño de los municipios.

Para cada municipio se definió una muestra con un margen error en el supuesto más desfavorable ($P=Q$), para un nivel de confianza del 95%. La estimación se realizó empleando la población de 70 y más años de cada uno de los municipios.

Así, los tamaños muestrales según el tamaño de municipio y margen de error admisible son los siguientes:

- Municipios de hasta 25.000 habitantes: error del $\pm 6\%$
 - o Puerto Lumbreras, Murcia (15.000 habs.) con 1.267 habitantes de 70 y más años: **226** entrevistas realizadas (planificadas 226). Error del $\pm 5,9\%$
- Municipios desde 25.000 hasta 100.000 habitantes: error del $\pm 5\%$. Unas **359** entrevistas (no hubo ningún municipio participante con estas características)
- Municipios de 100.000 a 200.000 habitantes: error del $\pm 4,5\%$
 - o Santander, Cantabria (175.000 habs.) con 28.476 habitantes de 70 y más años: **518** entrevistas realizadas (planificadas 466). Error $\pm 4,3\%$.
- Municipios de más de 200.000 habitantes: error del $\pm 4\%$

- o Málaga, Andalucía (550.000 habs.) con 64.159 habitantes de 70 y más años: **616** entrevistas realizadas (planificadas 595). Error $\pm 3,9\%$
- o Valladolid, Castilla y León (300.000 habs.) con 51.160 habitantes de 70 y más años: **597** entrevistas realizadas (planificadas 593). Error del $\pm 4\%$.

Distribución de la muestra

En cada municipio, afijación proporcional a la distribución por sexo y edad de los mayores de 70 y más años por distrito y sección censal, en intervalos de edad de 70 a 79 y de 80 y más años.

Selección del entrevistado

La selección del entrevistado se realizó en dos etapas:

1. Selección aleatoria estratificada por distrito y sección censal de las personas que recibieron la invitación, empleando el censo electoral de cada municipio.
2. Selección de los entrevistados con cuotas de sexo y edad en cada sección.

Como se ha comentado, el grupo de personas al que se les envió la invitación y posteriormente se contactó por vía telefónica, tuvo que ser lo suficientemente numeroso como para alcanzar los tamaños muestrales definidos.

En estudios de metodología similar se ha observado una tasa de respuesta del 15% en aquellos casos en los que no se ha realizado una invitación previa por parte de una entidad pública. Aunque la tasa de participación es a priori baja, se ha de tener en cuenta, sobre todo en el caso de los municipios más poblados, que no siempre se consigue localizar al entrevistado, o que en caso de conseguirlo, en ocasiones no pueden contestar la entrevista.

Teniendo en cuenta que para este estudio se cuenta con la invitación por parte de los ayuntamientos, se puede estimar que la tasa de participación no sobrepasará el 40%.

Se presentan a continuación los tamaños muestrales planificados para cada municipio y el número total de personas a contactar en la selección de los entrevistados. Este número se definió en base a tasas de participación de hasta el 40%, 30% y 20%. Se hizo una selección aleatoria de las personas a contactar, empezado por la mayor tasa de participación y así sucesivamente.

		Margen de error	Tamaño de la muestra	Número de personas a las que se enviará la invitación		
				40%	30%	20%
Hasta 25. 000 Habitantes	Puerto Lumbreras, Murcia	±6%	226	622	842	1.061
De 100.000 a 200.00 habitantes	Santander, Cantabria	±4,5%	466	1.165	1.553	2.330
Más de 200.000 habitantes	Málaga, Andalucía	±4%	595	1.785	2.380	2.975
	Valladolid, Castilla y León	±4%	593	1.779	2.372	2.965



Imagen Málaga

3.3. VARIABLES A ESTUDIO

Se han recogido diferentes variables según protocolo establecido en relación a los objetivos del estudio agrupados en dos tipos:

- **Variables de salud:** hábitos, estado funcional, cognitivo-afectivo, nutricional y calidad de vida.
- **Variables de uso y percepción de los recursos municipales.**

VARIABLES DE SALUD:

Las variables recogidas según el orden del protocolo fueron las siguientes:

- **Características sociodemográficas:**
 - o Edad, sexo, nacionalidad.
 - o Estado civil (viudo, soltero, casado, separado / divorciado, otros).
 - o Con quién vive (cónyuge / pareja, solo, con hijos, con otros familiares, otros).
 - o Nivel de estudios mayor terminado (no sabe leer ni escribir, primarios incompletos, primarios completos, bachillerato, profesional grado medio-superior, estudios universitarios).
- **Situación Cognitiva:** Se le preguntaba si había sido diagnosticado por el médico de problemas de memoria (No, deterioro cognitivo leve, demencia). En el caso de haber sido diagnosticado de demencia se pasaba directamente a recoger el siguiente apartado de síndromes geriátricos. En el resto de los casos se recogieron datos de la esfera cognitiva:
 - o Esfera afectiva: a través del test de depresión geriátrica de Yesavage reducido de 5 ítems, considerando como probable trastorno del ánimo depresivo con puntuación mayor o igual a dos.
 - o Esfera cognitiva: la situación cognitiva se obtuvo a través del test de Pfeiffer, clasificando a los participantes en:
 - Probable demencia > 5 errores.
 - Probable deterioro cognitivo leve 3 a 4 errores
 - Sin probable deterioro cognitivo de 0 a 2 errores.

- **Autopercepción de salud:** se obtenía la misma preguntando “¿Cómo es su salud en general?” con clasificación en:
 - o Muy mala (1)
 - o Mala (2)
 - o Regular (3)
 - o Buena (4)
 - o Muy buena (5)

- **Síndromes Geriátricos:** Se recogieron según presencia o no de:
 - o *Caídas en los últimos seis meses*
 - o *Problemas para dormir*, recogiendo en caso afirmativo el tipo de insomnio (de conciliación, de despertar frecuente, despertar precoz y mixto (cuando coincidían varios tipos de insomnio). De igual modo se recogía si tomaban o no medicamentos para dormir.
 - o *Déficit sensorial visual y/o auditivo* preguntando “¿Tiene alguna dificultad importante para ver u oír que no era superado por gafas y/o audífonos?”.
 - o *Alteraciones de los esfínteres:*
 - Incontinencia urinaria, a través de la pregunta “¿se le escapa la orina?” y en caso afirmativo se recogía el tipo (de esfuerzo, de urgencia o por problemas de movilidad)
 - Incontinencia fecal, a través de la pregunta “¿se le escapan las heces?”
 - o *Estreñimiento y uso de laxantes*
 - o *Presencia de disfagia* a través de la pregunta “¿Se atraganta con frecuencia?”, y en caso afirmativo el tipo de disfagia (sólidos, líquidos y mixto).
 - o *Portador de Sonda Nasogástrica, Gastrostomía y/o sonda vesical.*
 - o *Presencia de Dolor*, a través de la pregunta “¿Tiene dolor?”. En caso afirmativo se les preguntaba la graduación del dolor tanto por EVA (Escala Visual Analógica de 0 a 10) y se graduaba el dolor tanto por la EVA como por la escala de intensidad verbal del dolor:
 - No dolor (EVA 0)
 - Intensidad Leve (EVA 1-2)
 - Intensidad Moderada (EVA 3-5)
 - Intensidad Grave (EVA 6-8)

- Intensidad Insoportable (9-10)

Por último se recogía si tomaba o no analgésicos para el dolor.

– **Situación funcional** recogida en:

- o *Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)*: índice de Lawton & Brody, versión de 5 actividades donde el sexo no interviene sesgando resultados globales. Por lo tanto se pregunta la independencia en el uso del teléfono, ir de compras, manejo de transportes, medicación y dinero. De acuerdo a los resultados se clasificaron en términos de dependencia en AIVD (No dependiente, dependencia en una actividad, dos, tres, cuatro o cinco).
- o *Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)*: Índice de Barthel de ABVD. De acuerdo a resultados se clasificaron en:
 - Independiente 95-100
 - Dependencia leve 60-90
 - Dependencia moderada 40-55
 - Dependencia grave 20-35
 - Dependencia total <20 (5)

– **Situación afectiva**: A esta altura de la entrevista el entrevistador generalmente ya había entablado suficiente empatía para poder pasar a evaluar la esfera afectiva. Ésta se evaluaba a través del test de depresión geriátrica de Yesavage reducido de 5 ítems, considerando como probable trastorno del ánimo depresivo una puntuación mayor o igual a dos.

- **Calidad de vida relacionada con la salud**: Se realizó través del cuestionario Índice Europeo de Calidad de Vida, EuroQol-5D (EQ-5D). Se recogieron los siguientes datos:
- o *EuroQold-5D*, donde con valores de 1 a 3 se pregunta sobre cómo es su estado de salud en cuanto a movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor / malestar y ansiedad / depresión.
El valor mínimo es de 5 puntos indicando la máxima calidad de vida y el valor máximo es de 15 puntos indicando la peor calidad de vida.
 - o *Comparando la salud de hoy con respecto a los últimos meses mi salud* con respuestas de mejor, igual o peor.

- o *Evaluación Visual Analógica de lo bueno o malo que es su salud en el día de hoy (EVA EuroQold-5D).* Su puntuación es de 0 a 100 y se ha clasificado en:
 - Muy mala (0-20)
 - Mala (>20-40)
 - Regular (>40-60)
 - Buena (>60-80)
 - Muy buena (>80)
- *Situación nutricional:* Se ha recogido el riesgo nutricional a través de la versión abreviada del Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF) clasificándoles según la puntuación en un cribaje nutricional de:
 - o 12-14 puntos: estado nutricional normal
 - o 8-11 puntos: riesgo de malnutrición
 - o 0-7 puntos: malnutrición

También se obtuvo información sobre su estado de hidratación, preguntándole directamente:

¿Cómo considera su estado de hidratación?: puntuaciones de 1-2-3-4-5 (agua, zumo, infusiones, lácteos-café, ...)

- **Hábitos:** Entrevista para evaluar los siguientes hábitos de salud:
 - o **Tabaco:** se recogieron los siguientes datos:
 - No fuma
 - Menos de 10 cigarrillos/día
 - Más de 10 cigarrillos /día
 - Exfumador

Para el análisis estos datos se agruparon en:

 - *No fuma* (los ítems de exfumador y no fuma)
 - *Sí fuma* (los ítems de menos y más de 10 cigarrillos/día)
 - o **Alcohol:** se recogieron los siguientes datos:
 - Nunca
 - Eventual
 - Una o dos veces al día

- Más de dos veces al día
- Exbebedor

Para el análisis estos datos se agruparon en:

- *No toma alcohol* (los ítems de nunca, eventual y exbebedor)
- *Sí toma alcohol recomendado* (los ítems de una o dos veces día)
- *Sí toma alcohol no recomendado* (el ítem de más de dos veces al día)

o **Actividad física:** se recogieron los siguientes datos:

- Sentado la mayor parte
- Sin grandes desplazamientos
- Paseos regulares
- Deporte programado
 - o Cuál deporte

Para el análisis estos datos se agruparon en:

- *Sedentario* (los ítems de sentado la mayor parte del tiempo y sin grandes desplazamientos).
- *No sedentario* (paseos regulares y deporte programado).

o **Dormir:** se recogieron los siguientes datos de horas de sueño

- < 6 h
- 6-7 h
- 8-9 h
- > 9 h

Para el análisis estos datos se agruparon en:

- *Pobre sueño* (< 6 horas diarias)
- *No pobre sueño* (resto de ítems).

o **Utilización de nuevas tecnologías:** se recogieron los siguientes datos de utilización de:

- Móvil
- PC

- Tablet
 - ebooks
- o **Actividades de tiempo libre:** se recogieron los siguientes datos en relación con unas actividades más frecuentes establecidas pero dejando un apartado de otros.
- TV
 - Escuchar música/radio
 - Leer
 - Hablar por teléfono
 - Visitar familiares / amigos
 - Manualidades
 - Juegos de mesa
 - Bailar
 - Cursos, clases
 - Cine
 - Museos
 - Teatro
 - Viajar
 - Internet
 - Ninguno
 - Otros

Para el análisis se utilizaron dos actividades principalmente:

- *Ver o no televisión como actividad de tiempo libre.*
- *Viajes o no como actividad de tiempo libre.*

Por último se recogieron tres preguntas sobre la preocupación de la salud del ciudadano entrevistado y sus fuentes de información:

- o ¿En los últimos seis meses o un año ha realizado algún esfuerzo adicional por mejorar su estado de salud? Con graduación de 1-2-3-4-5
- o ¿Tiene intención de mejorar su estado de salud? Con la misma graduación de 1-2-3-4-5
- o Cuáles son sus principales fuentes de información sobre temas de salud:
 - Médico-enfermera
 - Farmacéutico
 - Familia
 - Vecinos
 - TV
 - Radio
 - Prensa
 - Libros y revistas especial
 - Internet
 - Ninguno



Imagen Puerto Lumbreras

VARIABLES DE UTILIZACIÓN Y PERCEPCIÓN-SATISFACCIÓN DE USO DE RECURSOS MUNICIPALES EN RELACIÓN CON VIDA SALUDABLE:

Aunque las variables principales han sido las mismas para los cuatro Ayuntamientos participantes, se han preguntado por los recursos que cada ayuntamiento oferta en su municipio. Las preguntas han sido:

1. *¿Ha acudido usted en el último año a algún programa de vida saludable de su municipio?*

a. MÁLAGA

- Centro de servicios sociales municipales
- Vecinos
- Centro envejecimiento saludable
- Mayores
- Aulas informática/bibliotecas, etc.
- Centros deportivos municipales
- Ninguno

b. PUERTO LUMBRERAS

- Centro cívico cultural
- Hogar del pensionista
- Centro deportivo municipal piscinas
- Centro de la mujer
- Educación biblioteca escuela de adultos
- Ninguno

c. VALLADOLID

- Centros personas mayores
- Centros cívicos municipales
- Centros acción social ceas
- Instalaciones deportivas municipales
- Vecinos mayores culturales
- Aulas informáticas / bibliotecas
- Huertos
- Otros
- Ninguno

d. SANTANDER

- Centro cívico social
- Centro cultural
- Instituto municipal de deportes
- Centro ambiental los viveros
- Educación Universidad de Cantabria
- Ninguno

2. ¿A qué programa de los siguientes ha acudido usted en el último año?

a. MÁLAGA

- Actividades de ejercicio físico / gimnasia de mantenimiento / yoga, etc.
- Actividades manuales de pintura, costura, artesanía
- Talleres de memoria, de autoestima, lectura, escritura
- Actividades de tiempo libre, baile, coro, teatro
- Jornadas de salud, talleres de salud
- Mayores en feria
- Programas educativos museos, bibliotecas, universidad
- Otros: cultivos huertos ecológicos

b. PUERTO LUMBRERAS

- Actividades de ejercicio físico / gimnasia de mantenimiento
- Actividades manuales de pintura, costura, artesanía
- Talleres de memoria, de autoestima, lectura, escritura
- Actividades de tiempo libre, baile, coro, teatro
- Jornadas de salud, talleres de salud
- Programas educativos museos, bibliotecas, universidad

c. VALLADOLID

- Actividades de ejercicio físico / gimnasia de mantenimiento / yoga, etc.
- Actividades manuales de pintura, costura, artesanía
- Talleres de memoria, de autoestima, lectura, escritura
- Actividades de tiempo libre, baile, coro, teatro
- Jornadas de salud, talleres de salud
- Programas educativos museos, bibliotecas, universidad

- Visitas culturales museos, exposiciones y monumentos
- Excursiones recreativas medioambientales y turísticas
- Cultivos huertos ecológicos
- Otros

d. SANTANDER

- Actividades de ejercicio físico / gimnasia de mantenimiento / yoga, etc.
- Actividades manuales de pintura, costura, artesanía
- Talleres de memoria, de autoestima, lectura, escritura
- Actividades de tiempo libre, baile, coro, teatro
- Jornadas de salud, talleres de salud
- Programas educativos museos, bibliotecas, universidad
- Otros: cultivos huertos ecológicos

Posteriormente por cada servicio que respondió que utilizó, se les preguntó:

- ***¿Cuál es el grado de satisfecho con este recurso?*** puntuación de 1-2-3-4-5
- ***¿El servicio le parece insuficiente o escaso?*** puntuación de 1-2-3-4-5
- ***Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Considera que ha mejorado su salud?*** puntuación de 1-2-3-4-5.
- ***Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su estado de ánimo general?*** puntuación de 1-2-3-4-5.

3. ¿Conoce usted algún recurso social municipal? (Sí / No)

o Conoce (Sí / NO):

- Teleasistencia
- Servicio de Atención a domicilio
- Comida a domicilio
- Apoyo a cuidadores

o Ha utilizado (Sí / NO):

- Teleasistencia
- Servicio de Atención a domicilio

- Comida a domicilio
- Apoyo a cuidadores
- Ninguno

Por último, para terminar se les pregunta de forma genérica estas dos últimas cuestiones:

- **¿Cómo valora usted de forma global los servicios de vida saludable que su ayuntamiento le presta?** puntuación de 1-2-3-4-5.
- **¿Piensa que estas actividades deben de ser?**
 - Sólo para grupos de mayores
 - Con grupos de todas las edades
 - Indiferente
 - No contesta

En el anexo IV se expone el protocolo completo utilizado.



Imagen Valladolid

3.3. Análisis estadístico

Todos los entrevistadores enviaron semanalmente sus datos recogidos en forma de tabla de Excel® (ya habilitada previamente en formato pdf de recogida de datos del entrevistador (anexo 4), en donde no aparecía el nombre del participante y sí su correspondiente código. Dichos datos servían para la realización del informe (anexo 3) y como base de datos en formato Excel que se fue acumulando en la sede de la FEMP. Los cuatro Excel finales correspondientes a cada ayuntamiento fueron transferidos al programa estadístico SPSS® para la explotación estadística del mismo.

Se realizó un análisis descriptivo de las correspondientes variables cuantitativas (media y desviación estándar) y cualitativas (proporciones). A continuación se llevó a cabo un análisis bivalente mediante la prueba de la Chi cuadrado con el correspondiente test de exacta de Fisher (comparación de variables cualitativas) y mediante la t de Student para muestras independientes con la prueba de Lévene para igualdad de varianzas, utilizando el correspondiente test no paramétrico en caso de distribución no normal de la variable (Test de U de Mann Whitney). En las comparaciones de medias de variables cuantitativas con variables cualitativas de más de dos valores se utilizó el test de Anova un factor con ajuste de Bonferroni asumiendo varianzas iguales y de Hames-Howell, no asumiendo varianzas iguales.

Finalmente para el análisis de los factores que influyen en la calidad de vida asociada con la salud, se realizó un análisis de la asociación entre los resultados del EVA EuroQold-5D y las variables consideradas estadísticamente significativas en el análisis bivalente previo, a través de una regresión lineal múltiple considerando como variable dependiente el valor total de la variable cuantitativa EVA EuroQold-5D.

Nivel de significación del 95% (valor de $p < 0,05$) con intervalos de confianza del 95%.

3.4. Compromiso y respeto a las normas éticas

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de ética de investigación de la Universidad Alfonso X el Sabio (anexo 5).

Al no haber intervención y por ello riesgo alguno, pero sí utilización de sus datos a nivel de investigación a todos se les pidió el consentimiento explícito a través de entrevista telefónica siempre realizada antes del inicio del protocolo (anexo 4).

Todos los investigadores que han participado en la recogida de datos por parte de cada Ayuntamiento (responsables del censo municipal, entrevistadores y administrativo que envía por correo tanto la carta de invitación como el informe final a los participantes), han firmado el documento de confidencialidad de los datos manejados (anexo 6).

Ambos anexos 4 y 6 han sido archivados junto al resto de documentación por los organizadores del estudio en cada Ayuntamiento.

Una vez realizada la selección de la muestra, por parte de los responsables de los censos municipales de cada Ayuntamiento, a los ciudadanos seleccionados según los padrones municipales se les asignó un código en las bases de datos, para garantizar el cumplimiento de la legislación de Protección de Datos de Carácter Personal.

A los entrevistadores se les pasó un listado de participantes conteniendo el nombre, el teléfono y la edad de los participantes a los que deberán llamar, junto con el código de cada uno de ellos. Los entrevistadores una vez que el participante daba el consentimiento informado telefónico que confirma su participación sólo utilizó el código en los protocolos en pdf que cada Ayuntamiento recogía y que por lo tanto enviaban para su manejo estadístico y la realización de los correspondientes informes.

Tras la realización del informe (anexo 3), éste sin nombre pero sí con el código asignado, fue el personal asignado y acreditado de cada Ayuntamiento, quien sustituyó en el informe el código por el correspondiente nombre del participante y así enviárselo a su domicilio correspondiente.

Todas las diferentes variables recogidas como se ha comentado fueron almacenadas en un fichero Excel que fue declarado por cada Ayuntamiento a la Agencia de Protección de Datos, para garantizar la confidencialidad de los datos allí recogidos (código más las diferentes variables descritas anteriormente), y cuyo uso ha sido solo con fines investigadores.

3.5. Entidades participantes

- Desde la **Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)** se han aportado las salas y medios necesarios para llevar a cabo las reuniones que han sido precisas, así como la coordinación y difusión de los materiales que se han requerido para garantizar el desarrollo del proyecto.
- El Comité Técnico de la **Red Española de Ciudades Saludables (RECS)** ha asesorado en cuantos aspectos han sido necesarios para contribuir a la puesta en marcha y desarrollo del proyecto.
- El **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)**, desde Salud Pública, Calidad e Innovación y el IMSERSO ha facilitado los materiales de los que dispone relacionados con nutrición, disminución de la obesidad y promoción de la actividad física.
- Desde la **Fundación Española de la Nutrición (FEN)** se ha contado con el asesoramiento y apoyo científico, además de la aportación de modelos de test para la recogida de la información nutricional de la muestra, formación a los técnicos municipales/becarios o similares siguiendo una misma metodología para evitar sesgos e interpretación de los datos nutricionales recogidos.
- La **Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG)** ha prestado asesoramiento y apoyo científico en las variables funcionales, mentales y afectivas de la muestra; así como, los materiales científicos de envejecimiento saludable de los que dispone.

- La **Universidad Alfonso X el Sabio, a través de su Fundación**, ha asesorado en aquellos aspectos relacionados con el cumplimiento de las normas éticas para la recogida de datos, prevista en este estudio.
- El **Consejo Municipal de la Salud de Villanueva de la Cañada**, ha aportado la información y los datos que eran de interés para la puesta en marcha del Proyecto, teniendo en cuenta su experiencia previa.

Grupo Impulsor

Se formó un Grupo Impulsor que ha sido el máximo responsable de coordinar el estudio tanto en su aspecto científico como organizativo.

Constituido por:

- 2 Representantes de la FEMP-RECS.
- 2 Representantes del MSSSI (Un representante de la Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología y un representante del IMSERSO).
- 1 Representante de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- 1 Representante de la Fundación Española de Nutrición.
- 1 Representante de la Universidad Alfonso X el Sabio.
- 1 ó 2 Representantes del Ayuntamiento de Santander.
- 1 ó 2 Representantes del Ayuntamiento de Valladolid.
- 1 ó 2 Representantes del Ayuntamiento de Puerto Lumbreras.
- 1 ó 2 Representantes del Ayuntamiento de Málaga.
- 1 Representante del Consejo Municipal de Salud del Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada.

Dentro de este Grupo Impulsor existió **un grupo investigador coordinador** constituido por:

- D. José Manuel Ávila Torres, Director General de la Fundación Española de Nutrición.
- Dña. Ana Estebaranz Berzal, Secretaria Técnica de la RECS.
- D. David Moreno Tiemblo. Técnico en Investigación.
- Prof. Dr. Javier Gómez Pavón. Universidad Alfonso X el Sabio. Servicio Geriatria H. Central de la Cruz Roja. Madrid.



4. RESULTADOS

4.1. Resultados de la muestra a estudio

La muestra a estudio final fue la señalada en la tabla 1. Como es habitual hay un predominio de mujeres (más de la mitad). Es una muestra homogénea en los cuatro Ayuntamientos en tramos de edad y sexo. Para el análisis se dividió la edad en tres tramos de edad:

- 70 a 79 años
- 80 a 84 años
- Mayores o iguales a 85 años

Se ha realizado esta división de la edad en estos 3 grupos homogéneos en sexo, según recomienda la literatura científica recomienda (4), ya que el primer grupo (70 a 79 años) lo constituye el grupo del adulto mayor (de mayor robustez biológica, funcional y psicosocial), mientras que el segundo es un grupo de octogenarios jóvenes (80 a 84 años) pero ya más vulnerable que el anterior con una mayor fragilidad y riesgo de salud y un tercer grupo de edades iguales o mayores de 85 años que constituye el grupo por antonomasia más vulnerable y frágil, el adulto mayor anciano en donde se incluyen también nonagenarios.

El rango de edad de la muestra a estudio ha sido de 70 años hasta 98 años.

Tabla 1.- Muestra a estudio Total y por Ayuntamientos participantes según sexo y edad.

	TOTAL	MALAGA	P. LUMBRERAS	VALLADOLID	SANTANDER	Valor p
MUESTRA	1957	616	226	597	518	
MUJERES	1174 (60%)	393 (63,8%)	129 (57,1%)	347 (58,1%)	305 (58,9%)	n.s
EDAD MEDIA	78,66 +/- 6,2 (70-98)	78,23 +/- 6,36 (70-98)	79,92 +/- 6,30 (70-95)	78,18 +/- 5,91 (70-95)	79,18 +/- 6,23 (70-96)	n.s
70-79 años	1130 (57,5%)	361 (58,6%)	114 (50,4%)	365 (61,1%)	290 (56,0%)	n.s
80-84 años	455 (23,2%)	146 (23,7%)	58 (25,7%)	133 (22,3%)	118 (22,8%)	n.s
≥ 85 años	372 (19%)	109 (17,7%)	54 (23,9%)	99 (16,6%)	110 (21,2%)	n.s

Tabla 2. Nacionalidades de los participantes totales y según Ayuntamientos.

	TOTAL	MALAGA	P LUMBRERAS	VALLADOLID	SANTANDER	Valor p
NACIONALIDAD						
ESPAÑOLA	1935 (98,9%)	615 (99,8%)	226 (100%)	594 (99,5%)	500 (96,5%)	<0,001
OTRAS	22 (1,1%)					
UE	3 (0,2%)			1 (0,2%)	2 (0,4%)	
OTRO	4 (0,2%)				4 (0,8%)	
ECUADOR	1 (0,1%)				1 (0,2%)	
COLOMBIA	4 (0,2%)				4 (0,8%)	
OTRO AMERICANO	8 (0,4%)			1 (0,2%)	7 (1,4%)	
MARRUECOS	2 (0,1%)	1 (0,2%)		1 (0,2%)		
CUBA	3				3 (0,6%)	
COLOMBIA	4				4 (0,8%)	
ECUADOR	1				1 (0,2%)	
HONDURAS	1				1 (0,2%)	
PARAGUAY	1				1 (0,2%)	
REP DOMINICANA	1			1 (0,2%)		
EEUU	2				2 (0,4%)	
FRANCIA	1				1 (0,2%)	
INGLATERRA	1				1 (0,2%)	
RUMANIA	1				1 (0,2%)	
UCRANIA	1				1 (0,2%)	
YUGOSLAVIA	1				1 (0,2%)	
EEUU	2				2 (0,4%)	
SUIZA	1				1 (0,2%)	

Casi todos los participantes fueron de nacionalidad española con un 1,1% de otras nacionalidades, especialmente en Santander que llegó a un 3,5% de participantes de diferentes nacionalidades, tal y como lo muestra la tabla 2.



Imagen de Santander.

En cuanto a otros datos demográficos (tabla 3) el 54,5% eran casados y más de una tercera parte viudos, con diferencias entre los Ayuntamientos de tal forma que Puerto Lumbreras lidera el estado civil casado y Santander los viudos /as.

De igual modo es de destacar que un 23,6% viven solos; siendo Santander la ciudad que más porcentaje de personas mayores tiene que viven solas, seguida de Málaga, mientras Puerto Lumbreras es la que menos personas mayores tiene que vivan solas (20,4%). Sin embargo Valladolid es la ciudad que más porcentaje presenta de personas mayores viviendo con sus hijos (26,5%) a diferencia de Santander (8,3%) y Málaga (9,7%).

Puerto Lumbreras es el municipio con mayor población que no sabe leer ni escribir (15,5%) y el resto de habitantes de 70 y más años, se concentran en estudios primarios (81,9%). Esto no llama la atención viendo que el resto de municipios, son capitales, con una distribución más homogénea entre ellos y una tasa de universitarios en torno al 10%.

Tabla 3.- Datos del estado civil, con quién vive y nivel de estudios.

	TOTAL	MALAGA	PTO LUMBRERAS	VALLADOLID	SANTANDER	Valor p
ESTADO CIVIL						
SOLTERO	127 (6,5%)	33 (5,4%)	8 (3,5%)	42 (7%)	44 (8,5%)	<0,001
CASADO	1064 (54,4%)	319 (51,8%)	140 (61,9%)	367 (61,5%)	238 (45,9%)	
VIUDO	701 (35,8%)	245 (39,8%)	74 (32,7%)	174 (29,1%)	208 (40,2%)	
SEPARADO	57 (2,9%)	14 (2,3%)	4 (1,8%)	11 (1,8%)	28 (5,4%)	
OTROS	8 (0,4%)	5 (0,8%)				
CON QUIEN VIVE						
CONYUGE	847 (43,3%)	254 (41,2%)	125 (55,3%)	275 (46,1%)	193 (37,3%)	<0,001
SOLO	462 (23,6%)	149 (24,2%)	46 (20,4%)	128 (21,4%)	139 (26,8%)	
HIJOS	296 (15,1%)	60 (9,7%)	35 (15,5%)	158 (26,5%)	43 (8,3%)	
OTRA FAMILIA	225 (11,5%)	67 (10,9%)	19 (8,4%)	18 (3,0%)	121 (23,4%)	
OTROS	126 (6,4%)	86 (14,0%)	1 (0,4%)	17 (2,8%)	22 (4,2%)	
ESTUDIOS						
NO LEER NI ESCRIBIR	79 (4%)	30 (4,9%)	35 (15,5%)	8 (1,3%)	6 (1,2%)	<0,001
PRIMARIOS	689 (35,2%)	187 (30,4%)	185 (81,9%)	101 (16,9%)	216 (41,7%)	
PRIMARIOS	653 (33,5%)	240 (39,0%)	3 (1,3%)	323 (54,1%)	87 (16,8%)	
BACHILLERATO	164 (8,4%)	52 (8,4%)	2 (0,9%)	53 (8,9%)	57 (11,0%)	
GRADO MEDIO	97 (5%)	25 (4,1%)		29 (4,9%)	43 (8,3%)	
GRADO SUPERIOR	61 (3,1%)	18 (2,9%)		15 (2,5%)	28 (5,4%)	
UNIVERSITARIO	181 (9,2%)	64 (10,4%)	1 (0,4%)	67 (11,2%)	49 (9,5%)	

4.2. Resultados de variables de salud

Analizando los resultados orientados al primer objetivo general de estudio sobre las principales variables que afectan a la calidad de vida de las personas mayores, los resultados de las diferentes variables clínicas son los siguientes:

Resultados de la esfera mental

Es de destacar que, según información de los pacientes, un 4,4% presentan una demencia y a un 5,3% le ha diagnosticado o comentado el médico un problema de memoria.

En este sentido llama la atención que aquellos pacientes que creen que no tienen ningún problema de memoria, al realizarles el test de Pfeiffer, pueden presentar una demencia un 2,5% y un deterioro cognitivo leve (fase prodómica de la demencia en la mayoría de las ocasiones) hasta en un 25,3%.

En el grupo de personas mayores que saben que tienen un problema de memoria tipo deterioro cognitivo leve, hasta cerca de la mitad podrían ser ya demencia.

Por lo tanto, la identificación precoz del deterioro cognitivo leve puede ser un área importante de mejora para poder acudir cuanto antes a los talleres de memoria y de ejercicio físico, que han demostrado su eficacia preventiva en el avance de la demencia.

Tabla 4. Resultados de la esfera mental.

	TOTAL
Población	1957
PROBLEMAS MEMORIA	
No Demencia	1658 (84,7%)
Deterioro cognitivo leve	104 (5,3%)
Demencia	86 (4,4%)
Coinciden no demencia	1197 (72,2%)
No Demencia pueden ser Demencia	41 (2,5%)
No Demencia pueden ser deterioro cognitivo leve	420 (25,3%)
Coinciden Deterioro cognitivo leve	35 (57,4%)
Deterioro cognitivo leve son demencia	26 (42,6%)

Resultados de la Autopercepción de salud

La mayoría de los entrevistados consideran que su salud es regular-buena (sumando los dos porcentajes constituyen un 76,8% de la muestra).

Analizándolo por Ayuntamientos, Málaga presenta el porcentaje más alto de muy buena salud (9,1%) seguido de Santander (8,1%), quien a la vez es la ciudad con más alto porcentaje de buena autopercepción de salud (46,7%) y el menor porcentaje de muy mala salud expresada por sus ciudadanos (1,7%). Puerto Lumbreras presenta a la mitad de la población (50,4%) con una autopercepción de salud regular.

Tabla 5. Resultados de autopercepción de estado de salud.

	TOTAL	MALAGA	PTO LUMBRERAS	VALLADOLID	SANTANDER	Valor p
Población	1957	616	226	597	518	
COMO SALUD	3,39 +/- 0,8	3,35 +/- 0,91	3,18+/-0,83	3,39+/-0,88	3,53+/-0,83	
muy mala	54 (2,8%)	19 (3,1%)	8 (3,5%)	18 (3,0%)	9 (1,7%)	<0,001
mala	213 (10,9%)	74 (12,0%)	28 (12,4%)	69 (11,6%)	42 (8,1%)	
Regular	751 (38,4%)	252 (40,9%)	114 (50,4%)	217 (36,3%)	168 (32,4%)	
Buena	751 (38,4%)	215 (34,9%)	67 (29,6%)	251 (42,0%)	242 (46,7%)	
Muy buena	149 (7,6%)	56 (9,1%)	9 (4,0%)	42 (7,0%)	42 (8,1%)	

Resultados de los Síndromes Geriátricos

Los resultados se exponen en la tabla 6. Analizando los síndromes geriátricos, fuentes principales de riesgo de dependencia, el principal sin lugar a dudas es el dolor que afecta a la mayoría de la población estudiada, un 61%, seguido de los problemas para dormir (49%), la incontinencia de orina (33%), estreñimiento (29,5%) con importante uso de laxantes, las caídas (22,8%), los problemas de visión (22,5%), el trastorno del ánimo con probable depresión en un 21,5%, y un síndrome que no se le da importancia pero que es muy invalidante con graves consecuencias nutricionales, la disfagia (atragantamientos frecuentes) en un 14,4%.

Mención especial merece el dolor: un 61% de la población afirma tener dolor, y de ellos un 68% afirman dolor en grado moderado-grave, lo que explica que casi la mitad de la población tome analgésicos de forma crónica.

De igual modo, los problemas del sueño, con su interferencia en la realización de la vida diaria y en el ánimo, constituyen el segundo síndrome geriátrico por excelencia, donde, de igual modo, casi la mitad de la población mayor relata presentar problemas para dormir.

Alrededor del 20% de la población presenta caídas, con el factor tan importante que constituye en la vida de la persona mayor, con miedo a volverse a caer y con alto riesgo de trastorno depresivo y aislamiento, por no hablar de los nefastos resultados en salud si la caída termina en fractura.

Destacar que, un poco menos de una tercera parte de la población mayor presenta un trastorno del ánimo, tipo depresión (21,5%), lo que sin duda va a ser uno de los principales determinantes de salud.

Entre los diferentes Ayuntamientos participantes hay importantes diferencias, a destacar Málaga como la ciudad con una mayor frecuencia de dolor más intenso, mientras que Puerto Lumbreras y Santander presentan frecuencias de dolores menos intensos. En depresión, Santander se muestra de forma estadísticamente significativa, como la ciudad con menos trastornos del ánimo tipo depresivo. En incontinencia urinaria, de nuevo Málaga presenta las más altas frecuencias de incontinencia urinaria y Valladolid la que menos. En relación con los problemas de sueño, todas las ciudades entrevistadas presentan unos valores similares.

Cabe exponer que en los resultados de la clasificación de la intensidad del dolor, el porcentaje está realizado sobre los que decían que tenían dolor, y no suman el 100% porque algunos participantes no fueron capaces de expresar dicha intensidad.

Tabla 6. Resultados de los Síndromes Geriátricos, totales y por Ayuntamientos.

	TOTAL	MALAGA	PTO LUMBRERAS	VALLADOLID	SANTANDER	Valor p
Población	1957	616	226	597	518	
CAIDAS	447 (22,8%)	162 (26,3%)	58 (25,7%)	110 (18,4%)	117 (22,6%)	0,008
PROB DORMIR	966 (49,4%)	321 (52,1%)	120 (53,1%)	270 (45,2%)	255 (49,2%)	0,08
CONCILIACION	456(23,3%)	201 (32,6%)	31 (13,7%)	113 (18,9%)	111 (21,4%)	
DESPERTARES	295 (15,1%)	57 (9,3%)	82 (36,3%)	69 (11,6%)	87 (16,8%)	
DESPERTAR PRECOZ	115 (5,9%)	39 (6,3%)				
MIXTO	140 (7,2%)	43 (7,0%)	6 (2,7%)	64 (10,7%)	27 (5,2%)	
Medicación	627 (32%)	229 (37,2%)	53 (23,5%)	170 (28,5%)	175 (33,8%)	<0,001
SENSORIAL						
VER	441 (22,5%)	146 (23,7%)	102 (45,1%)	75 (12,6%)	118 (22,8%)	<0,001
OIR	274 (14%)	86 (14,0%)	59 (26,1%)	77 (12,9%)	52 (10,0%)	<0,001
PROB ESFÍNTERES						
ESCAPA ORINA	646 (33%)	267 (43,3%)	90 (39,8%)	115 (19,3%)	174 (33,6%)	<0,001
ESFUERZO	226 (11,5%)	103 (16,7%)	39 (17,3%)	30 (5,0%)	54 (10,4%)	<0,001
URGENCIA	346 (17,7%)	189 (30,7%)	36 (15,9%)	66 (11,1%)	55 (10,6%)	<0,001
PROB MOVILIDAD	100 (5,1%)	41 (6,7%)	14 (6,2%)	14 (2,3%)	31 (6,0%)	<0,001
ESCAPA HECES	118 (6%)	47 (7,6%)	27 (11,9%)	14 (2,3%)	30 (5,8%)	<0,001
ESTREÑIDO	577 (29,5%)	202 (32,8%)	56 (24,8%)	158 (26,5%)	161 (31,1%)	0,02
USO LAXANTES	259 (13,2%)	106 (17,2%)	27 (11,9%)	64 (10,7%)	62 (12,0%)	<0,001
DISFAGIA	281 (14,4%)	115 (18,7%)	39 (17,3%)	55 (9,2%)	72 (13,9%)	<0,001
SOLIDOS	79 (4%)	25 (4,1%)	13 (5,8%)	22 (3,7%)	19 (3,7%)	<0,001
LIQUIDOS	102 (5,2%)	27 (4,4%)	13 (5,8%)	21 (3,5%)	41 (7,9%)	<0,001
MIXTA	97 (5%)	57 (9,3%)	14 (6,2%)	12 (2,0%)	14 (2,7%)	<0,001
SNG	16 (0,8%)	8 (1,3%)	2 (0,9%)	4 (0,7%)	2 (0,4%)	
GASTROSTOMÍA	2 (0,1%)	0	1 (0,4%)	1 (0,2%)	0	
SONDA VESICAL	6 (0,3%)	4 (0,6%)	0	2 (0,3%)	0	
DOLOR	1194 (61%)	415 (67,4%)	137 (60,6%)	383 (64,2%)	259 (50%)	<0,001
EVA (N=1723)	1,20 +/- 1,45	4,07 +/- 0,54	2,36+/-2,30	3,13+/-3,10	2,02+/-2,56	<0,001
LEVE 1-2	226 (18,9%)	36 (8,77%)	32 (23,35%)	92 (24,02%)	66 (25,48%)	<0,001
MODERADO 3-5	516 (43,2%)	173 (41,68%)	83 (60,58%)	134 (34,98%)	126 (48,64%)	
GRAVE 6-8	292 (24,45%)	100 (24,09%)	22 (16,05%)	127 (33,15%)	43 (16,60%)	
INSOPORTA 9-10	140 (11,72%)	101 (24,33%)	0 (0%)	28 (7,31%)	11 (4,24%)	
ANALGÉSICO	905 (46,2%)	333 (54,1%)	118 (52,2%)	258 (43,2%)	196 (37,8%)	<0,001
DEPRESIÓN	420 (21,5%)	169 (27,4%)	60 (26,5%)	126 (21,1%)	65 (12,5%)	<0,001
YESAVERAGE	0,78 +/- 1,23	0,98 +/- 1,35	0,96+/-1,43	0,77+/-1,24	0,49+/-0,85	<0,001

Resultados de Función (dependencia o no de Actividades de la Vida Diaria)

El presente estudio no intenta estudiar la dependencia en sí, sino la prevalencia de dependencia en las actividades de la vida diaria (instrumentales y básicas) en las diferentes ciudades estudiadas y sobre todo su relación con la calidad de vida. De todas formas, los datos serán más interesantes más adelante cuando se den por grupos de edad.

Por ello, en relación con dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria, las cifras son altas ya que solo un 65% de la población estudiada es independiente en las AIVD (usar el teléfono, ir de compras, usar el transporte, manejar la medicación y los asuntos económicos y dinero). Estos resultados pueden ser debidos a los sesgos del sexo femenino o masculino en la realización de dichas actividades. Así, la mayor independencia es en el ítem de ir de compras (74,8%), que puede ser un sesgo de sexo, ya que los hombres suelen ir menos de compras que las mujeres. Por ello, es más significativo el ítem de uso de transporte que hasta un 16,5% usan transporte y un 14,6-13,4% no controlan ni la medicación, ni el dinero (estas actividades también pueden ser motivo de sesgo de sexo femenino que, en ocasiones, nunca han manejado el dinero o los asuntos económicos).

En relación con las cifras de dependencia o no de actividades básicas, las cifras también son elevadas presentando solo un 62% de la población una total independencia en las ABVD. Estos resultados están claramente sesgados por la edad, ya que, como se expondrá más adelante, los resultados válidos serán los mostrados por tramos de edad.

Pero sí es importante destacar que, de igual modo a lo que venimos observando, también hay importantes diferencias en relación con la ciudad estudiada. Este dato sin duda alguna es el principal de este apartado. *Así Málaga y Puerto Lumbreras dan las cifras de mayor dependencia, tanto en actividades instrumentales, como básicas, que las otras dos ciudades participantes, Santander y Valladolid. Se observa ese gradiente Sur-Norte en relación a las cifras de dependencia.*

Tabla 7. Resultados de función, dependencia en actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.

	TOTAL	MALAGA	PTO LUMBRERAS	VALLADOLID	SANTANDER	Valor p
AIVD	3,39 +/- 0,88	3,87+/-1,60	3,50+/-1,72	4,56+/-1,11	4,24+/-1,46	<0,001
TELÉFONO	1801 (92%)	555 (90,1%)	192 (85,0%)	574 (96,1%)	480 (92,7%)	<0,001
IR DE COMPRAS	1463 (74,8%)	421 (68,3%)	143 (63,3%)	515 (86,3%)	384 (74,1%)	
USO TRANSPORTE	1458 (74,5%)	388 (63,0%)	100 (44,2%)	529 (88,6%)	441 (85,1%)	
MEDICACIÓN	1671 (85,4%)	497 (80,7%)	173 (76,5%)	551 (92,3%)	450 (86,9%)	
DINERO	1695 (86,6%)	523 (84,9%)	184 (81,4%)	550 (92,1%)	438 (84,6%)	
Dep en 5 AIVD 0	117 (6%)	44 (7,1%)	30 (13,3%)	15 (2,5%)	28 (5,4%)	<0,001
Dep en 4 AIVD 1	84 (4,3%)	40 (6,5%)	11 (4,9%)	14 (2,3%)	19 (3,7%)	
Dep en 3 AIVD 2	82 (4,2%)	28 (4,5%)	9 (4,0%)	14 (2,3%)	31 (6,0%)	
Dep en 2 AIVD 3	135 (6,9%)	68 (11,0%)	25 (11,1%)	21 (3,5%)	21 (4,1%)	
Dep en 1 AIVD 4	257 (13,1%)	96 (15,6%)	67 (29,6%)	49 (8,2%)	45 (8,7%)	
Indepen en AIVD 5	1282 (65,5%)	340 (55,2%)	84 (37,2%)	484 (81,1%)	374 (72,2%)	
ABVD (N=1957)	90 +/- 21,18	86,84 +/- 23,17	85,93+/-25,92	94,94+/-16,44	90,08+/-20,18	<0,001
COMER	1762 (90%)	541 (87,8%)	194 (85,8%)	569 (95,3%)	459 (88,6%)	<0,001
BAÑO	1604 (82%)	468 (76,0%)	175 (77,4%)	536 (89,8%)	425 (82,0%)	
VESTIRSE	1657 (84,7%)	500 (81,2%)	180 (79,6%)	545 (91,3%)	432 (83,4%)	
ASEO	1790 (91,5%)	552 (89,6%)	190(84,1%)	574 (96,1%)	474 (91,5%)	
DEPOSCION	1808 (92,4%)	565 (91,7%)	196 (86,7%)	574 (96,1%)	473 (91,3%)	
MICCIÓN	1466 (74,9%)	389 (63,1%)	192 (85,0%)	544 (91,1%)	341 (65,8%)	
USO RETRETE	1748 (89,3%)	535 (86,9%)	185 (81,9%)	565 (94,6%)	463 (89,4%)	
TRASLADARSE	1703 (87,1%)	507 (82,3%)	170 (75,2%)	566 (94,8%)	461 (89,0%)	
DEAMBULAR	1667 (85,2%)	500 (81,2%)	182 (80,5%)	550 (92,1%)	435 (84,0%)	
ESCALONES	1510 (77,2%)	423 (68,7%)	151 (66,8%)	525 (87,9%)	411 (79,3%)	
Indepen 95-100	1209 (61,8%)	296 (48,1%)	141 (62,4%)	487 (81,6%)	285 (55,0%)	<0,001
Dep leve 60-90	594 (30,4%)	258 (41,9%)	52 (23,0%)	86 (14,4%)	198 (38,2%)	
Dep modera 40-55	53 (2,7%)	23 (3,7%)	14 (6,2%)	5 (0,8%)	11 (2,1%)	
Dep grave >20-35	45 (2,3%)	17 (2,8%)	10 (4,4%)	8 (1,3%)	10 (1,9%)	
Dep total <20	56 (2,9%)	22 (3,6%)	9 (4,0%)	11 (1,8%)	14 (2,7%)	

Dep= dependencia; Indepen= Independencia

Resultados nutricionales

La mayoría de la población, como es lógico, no presenta un riesgo nutricional. Pero sin embargo todavía hay un 3% de la población estudiada con malnutrición y un 19% en riesgo de malnutrición. El estudio no ha analizado si la alimentación era o no la adecuada, si la dieta era saludable o no, y los datos son tomados de lo que manifiestan los participantes (talla y peso).

De igual modo, a nivel nutricional la gran mayoría se considera que tienen una buena hidratación, algo fundamental en la salud de todas las edades, pero especialmente en las personas mayores.

De nuevo aparecen diferencias entre las cuatro ciudades: Valladolid muestra los mejores parámetros nutricionales, con muy poca población en riesgo de malnutrición y con una población muy pequeña de malnutridos. Sin embargo, paradójicamente Santander es la que más riesgo nutricional muestra (34,2%), seguida de Puerto Lumbreras. (21,7%).

Tabla 8. Resultados de MNA versión reducida total y por ciudades participantes.

	TOTAL	MALAGA	PTO LUMBRERAS	VALLADOLID	SANTANDER	Valor p
MNA (cribado)	12,48 +/- 5,82	12,27 +/- 2,19	11,89+/-2,13	13,05+/-1,72	12,42+/-9,92	
NORMAL (12-14)	1136 (58%)	329 (53,4%)	141 (62,4%)	370 (62,0%)	296 (57,1%)	<0,001
RIESGO (8-11)	374 (19,1%)	109 (17,7%)	49 (21,7%)	39 (6,5%)	177 (34,2%)	
MALNUTR (0-7)	58 (3%)	23 (3,7%)	8 (3,5%)	10 (1,7%)	17 (3,3%)	
HIDRATACIÓN	3,75 +/- 2,32	3,64 +/- 1,57	3,48+/-0,82	3,74+/-0,78	3,83+/-0,63	
MUY MALO	21 (1,1%)	13 (2,1%)	3 (1,3%)	5 (0,8%)		<0,001
MALO	167 (8,5%)	94 (15,3%)	25 (11,1%)	37 (6,2%)	11 (2,1%)	
REGULAR	478 (24,4%)	142 (23,1%)	72 (31,9%)	140 (23,5%)	124 (23,9%)	
BUENO	985 (50,3%)	215 (34,9%)	111 (49,1%)	335 (56,1%)	324 (62,5%)	
MUY BUENO	297 (15,2%)	150 (24,4%)	14 (6,2%)	75 (12,6%)	58 (11,2%)	

MALNUTR= Malnutrición

Resultados de hábitos de salud

Muy pocos fuman, sin apenas diferencias en los distintos Ayuntamientos.

Con respecto a la toma de alcohol, cabe destacar que, muy pocos siguen las recomendaciones de una o dos copas de vino al día (una en comida y cena). En este sentido, Puerto Lumbreras es la que menos sigue las indicaciones de un poco de vino en las comidas, mientras que Málaga, Valladolid presentan niveles algo más elevados, y es Santander donde más beben con las comidas.

En relación con el ejercicio, una de las principales actividades más preventivas y con más fuerza de salud, el mensaje va calando en las personas mayores ya que más de la mitad de los participantes (61,4%) realizan ejercicio de forma regular, ya sea paseos (principal actividad) o bien deporte u otra actividad programada. Existen importantes diferencias ya que Málaga se muestra como la más sedentaria y Santander y Valladolid las más activas.

Si analizamos el sueño, como se había comentado previamente, un alto porcentaje (23%) declara dormir menos de 6 horas, situación que es claramente patológica y que alteraría la salud. Puerto Lumbreras es la que mejor “duerme”, mientras que Málaga, Valladolid y Santander andan a la zaga.

Es importante observar las frecuencias del uso de las nuevas tecnologías, donde el móvil lo tiene más de la mitad de la población mayor y el PC va ganando adeptos. Con importantes diferencias, siendo de nuevo Valladolid y Santander ciudades con mayor uso de nuevas tecnologías con respecto a Málaga o Puerto Lumbreras donde su uso es menor entre las personas mayores.

Por último, llama la atención que ver la TV constituye al igual que en otras edades el principal entretenimiento en el tiempo libre, seguido de la lectura y sobre todo visitar a familiares.

Fundamental destacar que un 10% de la población estudiada viajan, probablemente gracias al programa del IMSERSO. Santander destaca con respecto al resto de ciudades estudiadas en cuanto a diversidad de uso del tiempo libre, con menos televisión y más viajes, actividades culturales, etc.

Tabla 9. Hábitos de salud, uso de nuevas tecnologías y tiempo libre.

	TOTAL	MALAGA	PTO LUMBRERAS	VALLADOLID	SANTANDER	Valor p
Muestra	1957	616	226	597	518	
TABACO						
NO FUMA	1829 (93,5%)	583 (94,6%)	212 (93,8%)	558 (93,5%)	476 (91,9%)	0,3
< 10 CIGARRILLO	75 (3,8%)	15 (2,4%)	7 (3,1%)	30 (5,0%)	23 (4,4%)	
> 10 CIGARRILLO	51 (2,6%)	18 (2,9%)	6 (2,7%)	9 (1,5%)	18 (3,5%)	
ALCOHOL						
NUNCA EVENTUAL	1591 (81,3%)	519 (84,3%)	222 (98,2%)	489 (81,9%)	361 (69,7%)	<0,001
1 O 2 VECES DÍA	342 (17,5%)	96 (15,6%)	3 (1,3%)	105 (17,6%)	138 (26,6%)	
>2 veces al día	24 (1,2%)	1 (0,2%)	1 (0,4%)	3 (0,5%)	19 (3,7%)	
ACTIVIDAD FISICA						
SEDENTARIO	755 (38,6%)	299 (48,5%)	88 (38,9%)	206 (34,5%)	162 (31,3%)	<0,001
PASEOS / DEPORTE	1202 (61,4%)	317 (51,5%)	138 (61,1%)	391 (65,5%)	356 (68,7%)	
DORMIR						
< 6 H	460 (23,5%)	163 (26,5%)	41 (18,1%)	132 (22,1%)	124 (23,9%)	0,06
> 6 HORAS	1457 (76,5%)	453 (73,5%)	185 (81,9%)	465 (77,9%)	394 (76,1%)	
< 6 h	460 (23,5%)	163 (26,5%)	41 (18,1%)	132 (22,1%)	124 (23,9%)	
6-7 h	665 (34%)	171 (27,8%)	72 (31,9%)	228 (38,2%)	194 (37,5%)	
8-9 h	643 (32,9%)	185 (30,0%)	97 (42,9%)	202 (33,8%)	159 (30,7%)	
> 9 h	168 (8,6%)	91 (14,8%)	14 (6,2%)	31 (5,2%)	32 (6,2%)	
NUEVAS TECNOLOGIAS						
Móvil	1119 (57,2%)	293 (47,6%)	106 (46,9%)	383 (64,2%)	337 (65,1%)	<0,001
PC	338 (17,3%)	84 (13,6%)	3 (1,3%)	132 (22,1%)	119 (23,0%)	
Tablet	94 (4,8%)	25 (4,1%)		45 (7,5%)	24 (4,6%)	
ebooks	33 (1,7%)	5 (0,8%)		13 (2,2%)	15 (2,9%)	
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE						
TV	1479 (75,6%)	532 (86,4%)	201 (88,9%)	372 (62,3%)	374 (72,8%)	<0,001
música/radio	384 (19,6%)	96 (15,6%)	20 (8,8%)	130 (21,8%)	138 (26,6%)	
Leer	789 (40,3%)	260 (42,2%)	14 (6,2%)	255 (42,7%)	260 (50,2%)	
Hablar por Tfno	239 (12,2%)	118 (19,2%)	23 (10,2%)	20 (3,4%)	78 (15,1%)	
Visitar fam-amigos	684 (35%)	268 (43,5%)	85 (37,6%)	77 (12,9%)	254 (49,0%)	
Manualidades	376 (19,2%)	160 (26,0%)	20 (8,8%)	107 (17,9%)	89 (17,2%)	
Juegos de mesa	240 (12,3%)	62 (10,1%)	35 (15,5%)	72 (12,1%)	71 (13,7%)	
Bailar	43 (2,2%)	11 (1,8%)	11 (4,9%)	9 (1,5%)	12 (2,3%)	
Cursos, clases	158 (8,1%)	86 (14,0%)		35 (5,9%)	37 (7,1%)	
Cine	81 (4,1%)	20 (3,2%)	4 (1,8%)	18 (3,0%)	39 (7,5%)	
Museos	22 (1,1%)	12 (1,9%)		6 (1,0%)	4 (0,8%)	
Teatro	61 (3,1%)	21 (3,4%)		14 (2,3%)	26 (5,0%)	
Viajar	208 (10,6%)	48 (7,8%)	21 (9,3%)	28 (4,7%)	111 (21,4%)	
Internet	156 (8%)	42 (6,8%)	3 (1,3%)	43 (7,2%)	68 (13,1%)	
Ninguno	33 (1,7%)	13 (2,1%)	5 (2,2%)	7 (1,2%)	8 (1,5%)	
Otros	796 (36%)	311 (50,5%)	56 (24,8%)	166 (27,8%)	173 (33,4%)	

Tfno: teléfono; fam= familiares

Resultados de intención de mejora de salud y fuentes de información

Los participantes estudiados no dan muchas muestras de intención de mejorar la salud. Pero un porcentaje importante hizo esfuerzos por mejorar la salud en el último año y presenta una buena predisposición en este sentido.

Este porcentaje, de un 30-40%, sería el que habría que trabajar con los recursos municipales para mejorar su salud y mejorar el uso de estos recursos.

Málaga es con diferencia la ciudad que a pesar de tener mayor dependencia, al igual que otros indicadores expuestos previamente de mala salud, su población relata hacer esfuerzos e intención de mejora de la salud (40% y 61% respectivamente).

Las fuentes de información de salud siguen siendo los profesionales de la salud (médicos y enfermeras), aunque también la familia y la televisión tienen su importancia en la población estudiada. De nuevo Málaga marca una diferencia estadísticamente significativa con el resto de las ciudades estudiadas, prestando más atención a la información que viene de la televisión en materia de salud que el resto de ciudades.



Imagen de Málaga

Tabla 10. Datos sobre el esfuerzo y la intención de los participantes por mejorar su salud al igual que las fuentes de información.

	TOTAL	MALAGA	PTO LUMBRERAS	VALLADOLID	SANTANDER	Valor p
Esfuerzo mejorar la salud	3,02 +/- 1,51	3,24 +/- 1,69	3,11+/-1,10	2,34+/-1,43	3,56+/-1,18	
1	501 (25,6%)	176 (28,6%)	32 (14,2%)	259 (43,4%)	34 (6,6%)	<0,001
2	174 (8,9%)	34 (5,5%)	14 (6,2%)	76 (12,7%)	50 (9,7%)	
3	396 (20,2%)	109 (17,7%)	94 (41,6%)	84 (14,1%)	109 (21,0%)	
4	361 (18,4%)	34 (5,5%)	70 (31,0%)	106 (17,8%)	151 (29,2%)	
5	429 (21,9%)	249 (40,4%)	16 (7,1%)	54 (9,0%)	110 (21,2%)	
Intención mejorar salud	3,38 +/- 1,5	3,88 +/- 1,60	3,24+/-1,19	2,69+/-1,50	3,68+/-1,12	
1	391 (20%)	116 (18,8%)	31 (13,7%)	215 (36,0%)	29 (5,6%)	<0,001
2	123 (6,3%)	19 (3,1%)	23 (10,2%)	46 (7,7%)	35 (6,8%)	
3	419 (21,4%)	66 (10,7%)	55 (24,3%)	106 (17,8%)	104 (20,1%)	
4	419 (21,4%)	26 (4,2%)	94 (41,6%)	132 (22,1%)	167 (32,2%)	
5	601 (30,7%)	380 (61,7%)	23 (10,2%)	83 (13,9%)	115 (22,2%)	
Fuentes de información						
Médico-enfermera	1598 (81,7%)	389 (63,1%)	208 (92,0%)	542 (90,8%)	459 (88,6%)	
Farmacéutico	74 (3,8%)	18 (2,9%)	33 (14,6%)	16 (2,7%)	7 (1,4%)	
Familia	344 (17,6%)	106 (17,2%)	46 (20,4%)	60 (10,1%)	132 (25,5%)	
Vecinos	29 (1,5%)	13 (2,1%)		7 (1,2%)	9 (1,7%)	
TV	305 (15,6%)	211 (34,3%)	36 (15,9%)	27 (4,5%)	31 (6,0%)	
Radio	46 (2,4%)	25 (4,1%)	2 (0,9%)	9 (1,5%)	10 (1,9%)	
Prensa	75 (3,8%)	40 (6,5%)	3 (1,3%)	8 (1,3%)	24 (4,6%)	
Libros y revistas especial	51 (2,6%)	18 (2,9%)	3 (1,3%)	23 (3,9%)	7 (1,4%)	
Internet	53 (2,7%)	23 (3,7%)	1 (0,4%)	16 (2,7%)	13 (2,5%)	
Ninguno	81 (4,1%)	47 (7,6%)		14 (2,3%)	20 (3,9%)	

4.3. Resultados de la variables de salud por sexo

Sin duda alguna el sexo constituye una variable que altera todas las variables estudiadas, debido al predominio de las mujeres en el envejecimiento.

Además, ya es conocido que la forma de envejecimiento es diferente en la mujer que en el hombre, con un envejecimiento que la mayoría de las veces es más patológico que el de los hombres, probablemente por una mayor mortalidad temprana de éstos a edades de 60 y 70 años, lo que hace que su trayectoria de dependencia sea diferente a la de las mujeres. Éstas viven más pero con más dependencia, más dolor, más trastorno anímico, ... y peor calidad de vida.

Por ello, la mujer mayor es un sector de población especialmente vulnerable y al que hay que prestar especial atención a la hora de realizar programas de salud.

Los resultados encontrados en el estudio NUPHYCO, muestran que la mujer con respecto al hombre:

- Son más predominantes conforme aumenta la edad.
- Hay más viudas que viudos (50,4% vs 13,9%, $p < 0,001$).
- Viven muchas más solas que los hombres (32,3% vs 10,6%, $p < 0,001$)
- Menor nivel de estudios (5,6% analfabetismo frente al 1,8%, o bien 6,4% de estudios universitarios frente al 13,8%, $p < 0,001$).
- Peor autopercepción de salud.
- No se encuentran diferencias en la prevalencia de deterioro cognitivo
- Las mujeres se caen más (27,3% vs 15,6%, $p < 0,001$)
- Más problemas de sueño (57,4% vs 37,7%, $p < 0,001$) y especialmente insomnio de conciliación.
- Mayores problemas sensoriales tanto de visión como de audición.
- Mayor presencia de incontinencia urinaria (40,7% vs 21,5%, $p < 0,001$) especialmente la incontinencia de esfuerzo.
- Mayor frecuencia de atragantamiento, disfagia (17,4% vs 10,1%, $p < 0,001$).
- Especialmente mayor frecuencia de dolor (prácticamente dos terceras partes de las mujeres sufren dolor) (71% vs 45,8%, $p < 0,001$) y con una intensidad mucho mayor que los hombres (3,77 +/- 3,21 vs 1,97 +/- 2,70, $p < 0,001$), lo que implica una mayor toma de analgésicos.

- Sufren más trastorno anímico tipo depresión (26,2% vs 14,3%, $p<0,001$).
- Presentan una mayor dependencia en actividades instrumentales que, como ya se ha indicado, son referidas sobre todo a actividades de uso de transporte y menor uso de medicación y dinero / asuntos económicos.
- Presentan igualmente una mayor dependencia en actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel medio 88,61 +/- 21,83 vs 92,25 +/- 19,98, $p<0,001$).
- Peor situación nutricional con mayor frecuencia tanto de riesgo nutricional (29,2% vs 16,5%) como de malnutrición (4,7% vs 2,3%).
- Sin embargo, relatan igual interés que los hombres tanto en esfuerzo como en intención de mejorar la salud.
- Fuman menos, no consumen apenas bebidas alcohólicas, incluso las recomendadas de 1 bebida con las comidas, menor actividad física, duermen menos horas.
- También las mujeres utilizan mucho menos las nuevas tecnologías (móvil, PCs o tablets).
- En las actividades de tiempo libre, ven más televisión, pero van más a actividades de manualidades, cursos y clases, y realizan un menor uso de internet.
- ***Finalmente las mujeres presentan una peor calidad de vida que los hombres ($p<0,001$) (tabla 14).***

Todos estos datos son importantes tenerlos en cuenta a la hora de valorar los factores que afectan a la calidad de vida de las personas mayores y que expondremos más adelante.



Tabla 11. Diferencias demográficas entre mujeres y hombres.

	Mujeres	Hombres	valor p
	1174	783	
EDAD MEDIA	78,96 +/- 6,37	78,22 +/- 5,94	0,01
70-79 años 1	646 (55,5%)	484 (61,8%)	0,01
80-84 años 2	288 (24,5%)	167 (21,3%)	
≥ 85 años 3	240 (20,4%)	132 (16,9%)	
ESTADO CIVIL			
SOLTERO 1	84 (7,2%)	43 (33,9%)	<0,001
CASADO 2	456 (38,8%)	608 (77,7%)	
VIUDO 3	592 (50,4%)	109 (13,9%)	
SEPARADO 4	36 (3,1%)	21 (2,7%)	
OTROS	6 (0,5%)	2 (0,3%)	
CON QUIEN VIVE			
CONYUGE 1	357 (30,4%)	490 (62,7%)	<0,001
SOLO 2	379 (32,3%)	83 (10,6%)	
HIJOS 3	161 (13,7%)	135 (17,3%)	
OTRA FAMILIA 4	179 (15,2%)	46 (5,9%)	
OTROS 5	98 (8,3%)	28 (3,6%)	
ESTUDIOS			
NO LEER NI ESCRIBIR 1	65 (5,6%)	14 (1,8%)	p<0,001
PRIMARIOS 2	462 (40,1%)	227 (29,4%)	
PRIMARIOS 3	411 (35,7%)	242 (31,3%)	
BACHILLERATO 4	91 (7,9%)	73 (9,4%)	
GRADO MEDIO 5	32 (2,8%)	65 (8,4%)	
GRADO SUPERIOR 6	16 (1,4%)	45 (5,8%)	
UNIVERSITARIO 7	74 (6,4%)	107 (13,8%)	

Tabla 12. Diferencias en los síndromes geriátricos entre mujeres y hombres.

	Mujeres	Hombres	valor p
	1174	783	
PROBLEMAS MEMORIA			
No Demencia	993 (89%)	665 (90,8%)	0,4
DCL	67 (6%)	37 (5,1%)	
DEMENCIA	56 (5%)	30 (4,1%)	
COMO SALUD			
muy mala	39 (3,4%)	15 (1,9%)	<0,001
mala	152 (13,1%)	61 (7,8%)	
Regular	486 (41,8%)	265 (34,1%)	
Buena	405 (34,8%)	370 (47,6%)	
Muy Buena	82 (7%)	67 (8,6%)	
CAIDAS	325 (27,3%)	122 (15,6%)	<0,001
PROB DORMIR	672 (57,4%)	294 (37,7%)	<0,001
CONCILIACION	352 (71,8%)	104 (49,8%)	<0,001
DESPERTARES	182 (55,7%)	113 (55,1%)	0,09
DESPERTAR PRECOZ	73 (30,7%)	42 (28,2%)	0,6
MIXTO	99 (35,7%)	41 (27,3%)	0,07
Medicación	475 (55,4%)	152 (32,4%)	<0,001
VER	295 (25,1%)	146 (18,6%)	0,001
OIR	151 (12,9%)	123 (15,7%)	0,07
ESCAPA ORINA	478 (40,7%)	168 (21,5%)	<0,001
ESFUERZO	206 (57,2%)	20 (14,8%)	<0,001
URGENCIA	231 (57,6%)	115 (51,3%)	0,1
PROB MOVILIDAD	65 (25,9%)	35 (23,5%)	0,6
ESCAPA HECES	85 (7,3%)	33 (4,2%)	0,006
ESTREÑIDO	407 (34,7%)	170 (21,8%)	<0,001
LAXANTES	182 (30,1%)	77 (22,6%)	0,01
DISFAGIA	203 (17,4%)	78 (10,1%)	<0,001
SOLIDOS	57 (23,8%)	22 (15,8%)	0,06
LIQUIDOS	73 (30,8%)	29 (20,4%)	0,02
MIXTO	70 (28,2%)	27 (18,8%)	0,03
SNG	6 (0,5%)	10 (1,3%)	0,06
PEG	0%	2 (0,9%)	
SONDA VESICAL	0%	6 (2,6%)	0,004
DOLOR	835 (71,1%)	359 (45,8%)	<0,001
EVA (N=1723)	3,77 +/- 3,21	1,97 +/- 2,70	<0,001
LEVE 1-2 (1)	125 (15,3%)	101 (28,5%)	<0,001
MODERADO 3-5 (2)	357 (43,6%)	159 (44,8%)	
GRAVE 6-8 (3)	224 (27,4%)	68 (19,2%)	
INSOPORTABLE 9-10 (4)	113 (13,8%)	27 (7,6%)	
ANALGÉSICO	681 (68,7%)	224 (41,3%)	<0,001

Tabla 13. Diferencias en función, nutrición, depresión entre mujeres y hombres.

	Mujeres	Hombres	valor p
	1174	783	
AIVD	3,71 +/- 1,64	4,15 +/- 1,47	<0,001
TELÉFONO	1087 (92,7%)	714 (91,2%)	0,2
IR DE COMPRAS	841 (71,9%)	622 (80,6%)	<0,001
USO TRANSPORTE	792 (67,6%)	666 (85,1%)	<0,001
MEDICACIÓN	987 (84,3%)	684 (87,6%)	0,04
DINERO	989 (84,5%)	706 (90,4%)	<0,001
ABVD (N=1957)	88,61 +/- 21,83	92,25 +/- 19,98	<0,001
COMER	1045 (89,3%)	718 (91,9%)	0,1
BAÑO	923 (79%)	681 (87,2%)	<0,001
VESTIRSE	973 (83,2%)	684 (87,6%)	0,01
ASEO	1065 (91%)	725 (92,5%)	0,3
DEPOSCION	1070 (91,5%)	738 (94,7%)	0,01
MICCIÓN	817 (69,8%)	649 (83,2%)	<0,001
USO RETRETE	1038 (88,7%)	710 (91%)	0,1
TRASLADARSE	1007 (86,1%)	697 (89,5%)	0,1
DEAMBULAR	962 (82,2%)	705 (90,4%)	<0,001
ESCALONES	846 (72,4%)	664 (85,1%)	<0,001
Independiente 100	641 (54,6%)	568 (72,5%)	<0,001
Dependencia leve 60-90	435 (37,1%)	159 (20,3%)	
Dependenc moderada 40-55	31 (2,6%)	22 (2,8%)	
Dependencia grave >20-35	32 (2,7%)	13 (1,7%)	
Dependencia total ≤20	35 (3%)	21 (2,7%)	
DEPRESIÓN	308 (26,2%)	112 (14,3%)	<0,001
YESAVAGE	0,92 +/- 1,33	0,57 +/- 1,02	<0,001
MNA 1568	12,33 +/- 6,74	12,68 +/- 4,22	0,34
NORMAL (12-14)	601 (66,1%)	35 (81,2%)	<0,001
RIESGO (8-11)	265 (29,2%)	109 (16,5%)	
MALNUTRICIÓN (0-7)	43 (4,7%)	15 (2,3%)	
HIDRATACIÓN			
MUY MALO	13 (1,1%)	8 (1%)	0,04
MALO	123 (10,5%)	44 (5,6%)	
REGULAR	286 (24,5%)	192 (24,6%)	
BUENO	569 (48,8%)	416 (53,3%)	
MUY BUENO	176 (15,1%)	121 (15,5%)	

Esfuerzo mejorar la salud			
1	315 (28,3%)	186 (24,9%)	0,1
2	98 (8,8%)	76 (10,2%)	
3	218 (19,6%)	178 (23,8%)	
4	217 (19,5%)	144 (19,3%)	
5	266 (23,9%)	163 (21,8%)	
Intención mejorar salud			
1	240 (21,5%)	151 (20,2%)	0,2
2	65 (5,8%)	58 (7,8%)	
3	191 (17,1%)	140 (18,7%)	
4	245 (21,9%)	174 (23,3%)	
5	376 (33,7%)	225 (30,1%)	
Fuentes de información			
Médico-enfermera	935 (79,6%)	663 (84,7%)	0,005
Farmacéutico	45 (3,8%)	29 (3,7%)	0,8
Familia	230 (19,6%)	114 (14,6%)	0,004
Vecinos	19 (2,4%)	10 (0,9%)	0,005
TV	204 (17,4%)	101 (12,9%)	0,007
Radio	24 (2%)	22 (2,8%)	0,2
Prensa	36 (3,1%)	39 (5%)	0,03
Libros y revistas especial	27 (2,3%)	24 (3,1%)	0,2
Internet	22 (1,9%)	31 (4%)	0,005
Ninguno			

Tabla 14. Diferencias en hábitos de salud y uso de nuevas tecnologías.

	Mujeres	Hombres	valor p
TABACO			
NO FUMA	1030 (87,7%)	316 (40,4%)	<0,001
< 10 CIGARRILLOS	25 (2,1%)	50 (6,4%)	<0,001
> 10 CIGARRILLOS	14 (1,2%)	37 (4,7%)	<0,001
EXFUMADOR	103 (8,8%)	381 (48,7%)	<0,001
ALCOHOL			
NUNCA	861 (73,3%)	312 (39,8%)	<0,001
EVENTUAL	197 (16,8%)	217 (27,7%)	<0,001
1 O 2 VECES DÍA	108 (9,2%)	234 (29,9%)	<0,001
>2 veces al día	5 (0,4%)	19 (2,4%)	<0,001
EX BEBEDOR	0%	4 (0,5%)	0,01
ACTIVIDAD FISICA			
Sentado la mayor parte	215 (18,3%)	83 (10,6%)	<0,001
Sin grandes desplazamientos	314 (26,7%)	149 (19%)	<0,001
Paseos regulares	608 (51,8%)	524 (66,9%)	<0,001
Deporte programado	112 (9,5%)	69 (8,8%)	0,5
Dormir			
< 6 h	318 (27,1%)	142 (18,1%)	<0,001
6-7 h	398 (33,9%)	267 (34,1%)	0,9
8-9 h	350 (29,8%)	293 (37,4%)	<0,001
> 9 h	96 (8,2%)	72 (9,2%)	0,4
Nuevas tecnologías			
Móvil	638 (54,3%)	481 (61,4%)	0,002
PC	113 (9,6%)	225 (28,7%)	<0,001
Tablet	50 (4,3%)	44 (5,6%)	0,1
ebooks	15 (1,3%)	18 (2,3%)	0,08
Actividades tiempo libre			
TV	907 (77,3%)	572 (73,1%)	0,03
Escuchar música/radio	219 (18,7%)	165 (21,1%)	0,1
Leer	455 (38,8%)	334 (42,7%)	0,08
Hablar por Tfno	186 (15,8%)	53 (6,8%)	<0,001
Visitar familiares / amigos	420 (35,8%)	264 (33,7%)	0,3
Manualidades	313 (26,7%)	63 (8%)	<0,001
Juegos de mesa	108 (9,2%)	132 (16,9%)	<0,001
Bailar	27 (2,3%)	16 (2%)	0,7
Cursos, clases	119 (10,1%)	39 (5%)	<0,001
Cine	46 (3,9%)	35 (4,5%)	0,5
Museos	14 (1,2%)	8 (1%)	0,7
Teatro	38 (3,2%)	23 (2,9%)	0,7
Viajar	117 (10%)	91 (11,6%)	0,2
Internet	59 (5%)	97 (12,4%)	<0,001
Otros	363 (30,9%)	343 (43,8%)	<0,001

Tabla 14. Diferencias finales entre hombres y mujeres en calidad de vida.

	Mujeres	Hombres	valor p
EUROQUOLD 5 D	7 +/- 2,3	6,10 +/- 1,94	<0,001
COMPARANDO			
Mejor	110 (9,5%)	58 (7,7%)	<0,001
Igual	521 (45,1%)	470 (62%)	
Peor	523 (45,3%)	230 (30,3%)	
EVA EuroQold 5D N= 1695	59,13 +/- 21,45	63,56 +/- 20,45	<0,001
Muy mala 0-20	80 (7,9%)	44 (6,5%)	<0,001
Mala (>20-40)	91 (9%)	44 (6,5%)	
Regular (>40-60)	376 (37,1%)	185 (27,2%)	
Buena (>60-80)	375 (37%)	337 (49,5%)	
Muy buena (>80)	92 (9,1%)	71 (10,4%)	



4.4. Resultados de las variables de salud en relación con la edad

Igual que ocurre con el sexo, hay importantes diferencias en las diferentes variables estudiadas de salud y los diferentes grupos de edad, y de igual modo, en la calidad de vida.

En líneas generales, a mayor edad:

- Más feminización de la edad (ya conocido y corrobora la adecuación de la muestra a estudio).
- Más viudos/as.
- No hay claras diferencias en vivir solo, pero sí en vivir con otros familiares.
- Menor nivel de estudios.
- Más problemas de memoria (demencia y de deterioro cognitivo).
- Peor autopercepción de salud, predominando la autopercepción de mala-regular.
- Más presencia de todos los síndromes geriátricos:
 - o Más caídas, más problemas de sueño, de problemas sensoriales, de incontinencia urinaria, fecal, de disfagia.
 - o Más intensidad de dolor con puntuaciones más altas y mayor toma de analgésicos.
- No diferencias sin embargo en cuanto a la presencia o no de depresión.
- Peor situación funcional conforme avanza la edad en todas las AVD.
- Mayor riesgo nutricional.
- Diferencias en los hábitos de salud:
 - Fuman menos, beben mucho menos alcohol, más sedentarismo, duermen de 6-7 horas.
- Menor uso de nuevas tecnologías.
- Mayor uso de la televisión y menor uso de viajes, cursos, manualidades, etc.
- **Peor calidad de vida relacionada con la salud.**

Todo estos resultados deben hacer pensar que el grupo principal al que deben ir dirigidas las actividades preventivas, aunque sean para todas las edades, es sobre todo para el grupo de menores de 85 años, donde los resultados preventivos han de ser máximos, para prevenir los determinantes de mala salud en los próximos segmentos de edad.



Tabla 15. Diferencias demográficas según grupos de edad.

	70-79 años	80-84 años	≥ 85 años	valor p
	1130	455	372	
Edad media	74,11 +/- 2,72	82,07 +/- 1,35	88,32 +/- 2,84	
MUJERES	646 (57,2%)	288 (63,3%)	240 (64,5%)	0,01
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	69 (6,1%)	33 (7,3%)	25 (6,7%)	<0,001
CASADO	742 (65,7%)	204 (44,8%)	118 (31,7%)	
VIUDO	270 (23,9%)	209 (45,9%)	222 (59,7%)	
SEPARADO	46 (4,1%)	8 (1,8%)	3 (0,8%)	
OTROS	3 (0,3%)	1 (0,2%)	4 (1,1%)	
CON QUIEN VIVE				
CONYUGE	593 (52,5%)	159 (35%)	95 (25,5%)	<0,001
SOLO	229 (20,3%)	143 (31,5%)	90 (24,2%)	
HIJOS	180 (15,9%)	63 (13,9%)	53 (14,2%)	
OTRA FAMILIA	87 (7,7%)	60 (13,2%)	78 (21%)	
OTROS	41 (3,6%)	29 (6,4%)	56 (15,1%)	
ESTUDIOS				
NO LEER NI ESCRIBIR	41 (3,7%)	23 (5,1%)	15 (4,2%)	<0,001
PRIMARIOS	358 (32,1%)	179 (40%)	152 (42,2%)	
BACHILLERATO	113 (10,1%)	26 (5,8%)	25 (6,9%)	
GRADO MEDIO	65 (5,8%)	19 (4,2%)	13 (3,6%)	
GRADO SUPERIOR	38 (3,4%)	14 (3,1%)	9 (2,5%)	
UNIVERSITARIO	126 (11,3%)	31 (6,9%)	24 (6,7%)	

Tabla 16. Diferencias en los síndromes geriátricos según grupos de edad.

	70-79 años	80-84 años	≥ 85 años	valor p
	1130	455	372	
PROBLEMAS MEMORIA				
No Demencia	1042 (95,1%)	371 (86,9%)	245 (75,4%)	<0,001
DCL	37 (3,4%)	29 (6,8%)	38 (11,7%)	
DEMENCIA	17 (1,6%)	27 (6,3%)	38 (11,7%)	
COMO SALUD				
muy mala	29 (2,6%)	14 (3,1%)	11 (3%)	0,001
mala	114 (10,1%)	45 (10%)	54 (14,9%)	
Regular	403 (35,7%)	200 (44,4%)	148 (40,9%)	
Buena	483 (42,7%)	168 (37,3%)	124 (34,3%)	
Muy buena	101 (8,9%)	23 (5,1%)	25 (6,9%)	
CAIDAS	215 (19%)	117 (25,7%)	115 (30,9%)	<0,001
PROB DORMIR	528 (46,9%)	229 (50,4%)	209 (56,5%)	0,005
CONCILIACION	235 (62,2%)	122 (68,5%)	99 (69,2%)	0,1
DESPERTARES	157 (53%)	71 (57,7%)	67 (59,3%)	0,4
DESPERTAR PRECOZ	64 (29,5%)	32 (34%)	19 (25%)	0,4
MIXTO	84 (34%)	31 (31,3%)	25 (30,9%)	0,8
Medicación	309 (41,8%)	157 (50,2%)	161 (58,8%)	<0,001
VER	224 (19,8%)	108 (23,7%)	109 (29,3%)	0,001
OIR	100 (8,9%)	77 (16,9%)	97 (26,1%)	<0,001
ESCAPA ORINA	280 (24,8%)	186 (40,9%)	180 (48,4%)	<0,001
ESFUERZO	114 (42,1%)	60 (49,2%)	52 (51%)	0,2
URGENCIA	147 (48%)	110 (63,2%)	89 (61,4%)	0,001
PROB MOVILIDAD	19 (9,7%)	31 (32%)	50 (46,3%)	<0,001
ESCAPA HECES	29 (2,6%)	37 (8,1%)	52 (14%)	<0,001
ESTREÑIDO	283 (25,2%)	152 (33,4%)	142 (38,2%)	<0,001
LAXANTES	107 (21,2%)	76 (33,5%)	76 (35,3%)	<0,001
DISFAGIA	134 (11,9%)	71 (15,7%)	76 (20,5%)	<0,001
SOLIDOS	39 (18,6%)	18 (20,9%)	22 (26,8%)	0,2
LIQUIDOS	44 (21,5%)	28 (30,1%)	30 (37%)	0,02
MIXTO	50 (23%)	27 (28,4%)	20 (25%)	0,5
SNG	6 (0,5%)	3 (0,7%)	7 (1,9%)	0,03
PEG	1 (0,3%)	0	1 (0,8%)	
SONDA VESICAL	2 (0,7%)	0	4 (3,3%)	0,02
DOLOR	653 (57,8%)	300 (65,9%)	241 (64,8%)	0,003
EVA (N=1723)	2,85 +/- 3,13	3,40 +/- 3,13	3,20 +/- 3,15	0,004
LEVE 1-2 (1)	134 (20,7%)	47 (15,9%)	45 (19,4%)	0,3
MODERADO 3-5 (2)	280 (43,3%)	134 (45,3%)	102 (44%)	
GRAVE 6-8 (3)	150 (23,2%)	85 (28,7%)	57 (24,6%)	
INSOPORTABLE 9-10 (4)	82 (12,7%)	30 (10,1%)	28 (12,1%)	
ANALGÉSICO	472 (54,6%)	239 (64,6%)	194 (64,9%)	<0,001

Tabla 17. Diferencias en función según grupos de edad.

	70-79 años	80-84 años	≥ 85 años	valor p
	1130	455	372	
AIVD	4,45 +/- 1,11	3,53 +/- 1,65	2,40 +/- 1,80	<0,001
TELÉFONO	1097 (97,2%)	410 (90,1%)	294 (79%)	<0,001
IR DE COMPRAS	979 (87,3%)	314 (69,8%)	170 (45,8%)	<0,001
USO TRANSPORTE	988 (87,5%)	307 (67,8%)	163 (43,8%)	<0,001
MEDICACIÓN	1054 (93,7%)	370 (81,3%)	247 (66,4%)	<0,001
DINERO	1067 (94,8%)	384 (84,8%)	244 (65,6%)	<0,001
ABVD (N=1957)	95,24 +/- 13,77	88,15 +/- 22,62	76,68 +/- 29,94	<0,001
COMER	1087 (96,6%)	402 (88,5%)	274 (73,7%)	<0,001
BAÑO	1040 (92,4%)	355 (78,2%)	209 (56,3%)	<0,001
VESTIRSE	1052 (93,5%)	374 (82,4%)	231 (62,1%)	<0,001
ASEO	1087 (96,6%)	408 (89,9%)	295 (79,3%)	<0,001
DEPOSCION	1087 (96,8%)	410 (90,3%)	311 (83,6%)	<0,001
MICCIÓN	933 (83%)	314 (69,2%)	219 (58,9%)	<0,001
USO RETRETE	1081 (96,1%)	396 (87,2%)	271 (73%)	<0,001
TRASLADARSE	1065 (94,8%)	383 (84,4%)	256 (69%)	<0,001
DEAMBULAR	1051 (93,4%)	371 (81,7%)	245 (66%)	<0,001
ESCALONES	986 (87,6%)	334 (73,6%)	190 (51,4%)	<0,001
Independiente 100	820 (72,6%)	254 (55,8%)	135 (36,3%)	<0,001
Dependencia leve 60-90	279 (24,7%)	157 (34,5%)	158 (42,5%)	
Depen moderada 40-55	12 (1,1%)	16 (3,5%)	25 (6,7%)	
Depen grave >20-35	6 (0,5%)	15 (3,3%)	24 (6,5%)	
Depen total ≤20	13 (1,2%)	13 (2,9%)	30 (8,1%)	
DEPRESIÓN	228 (20,2%)	101 (22,2%)	91 (24,5%)	0,1
YESAVAGE	0,76 +/- 1,22	0,79 +/- 1,19	0,82 +/- 1,28	0,7
MNA	12,71 +/- 4,83	12,28 +/- 5,53	11,96 +/- 8,52	0,12
NORMAL (12-14)	742 (80,1%)	243 (66,9%)	151 (54,1%)	<0,001
RIESGO (8-11)	166 (17,9%)	105 (28,9%)	103 (36,9%)	
MALNUTRICIÓN (0-7)	18 (1,9%)	15 (4,1%)	25 (9%)	
HIDRATACIÓN				
MUY MALO	13 (1,2%)	3 (0,7%)	5 (1,4%)	0,001
MALO	75 (6,7%)	54 (11,9%)	38 (10,4%)	
REGULAR	259 (23%)	121 (26,7%)	98 (26,7%)	
BUENO	583 (51,7%)	218 (48%)	184 (50,1%)	
MUY BUENO	197 (17,5%)	58 (12,8%)	42 (11,4%)	

Tabla 18. Diferencias en hábitos de salud, uso de nuevas tecnologías y tiempo libre.

	70-79 años	80-84 años	≥ 85 años	valor p
TABACO				
NO FUMA	732 (64,8%)	324 (71,2%)	290 (78%)	<0,001
< 10 CIGARRILLOS	56 (5%)	13 (2,9%)	6 (1,6%)	0,007
> 10 CIGARRILLOS	37 (3,3%)	11 (2,4%)	3 (0,8%)	0,03
EXFUMADOR	305 (27%)	107 (23,5%)	72 (19,4%)	0,01
ALCOHOL				
NUNCA	613 (54,2%)	299 (65,7%)	261 (70,2%)	<0,001
EVENTUAL	284 (25,1%)	80 (17,6%)	50 (13,4%)	<0,001
1 O 2 VECES DÍA	213 (18,8%)	69 (15,2%)	60 (16,1%)	0,1
>2 veces al día	19 (1,7%)	5 (1,1%)	0	0,03
EX BEBEDOR	2 (0,2%)	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0,9
ACTIVIDAD FISICA				
Sentado la mayor parte	93 (8,2%)	82 (18%)	123 (33,1%)	<0,001
Sin grandes desplazamientos	220 (19,5%)	123 (27%)	120 (32,3%)	<0,001
Paseos regulares	757 (67%)	248 (54,5%)	127 (34,1%)	<0,001
Deporte programado	147 (13%)	24 (5,3%)	10 (2,7%)	<0,001
Dormir				
< 6 h	257 (22,7%)	127 (27,9%)	76 (20,4%)	0,02
6-7 h	426 (37,7%)	124 (27,3%)	115 (30,9%)	<0,001
8-9 h	373 (33%)	147 (32,3%)	123 (33,1%)	0,9
> 9 h	61 (5,4%)	56 (12,3%)	51 (13,7%)	<0,001
Nuevas tecnologías				
Móvil	800 (70,8%)	216 (47,5%)	103 (27,7%)	<0,001
PC	284 (25,1%)	37 (8,1%)	17 (4,6%)	<0,001
Tablet	82 (7,3%)	8 (1,8%)	4 (1,1%)	<0,001
ebooks	27 (2,4%)	2 (0,4%)	4 (1,1%)	0,01
Actividades tiempo libre				
TV	831 (73,5%)	355 (78%)	293 (78,8%)	0,04
Escuchar música/radio	226 (20%)	82 (18%)	76 (20,4%)	0,6
Leer	497 (44%)	171 (37,6%)	121 (32,5%)	<0,001
Hablar por Tfno	132 (11,7%)	60 (13,2%)	47 (12,6%)	0,6
Visitar familiares / amigos	447 (39,6%)	158 (34,7%)	79 (21,2%)	<0,001
Manualidades	241 (21,3%)	83 (18,2%)	52 (14%)	0,006
Juegos de mesa	146 (12,9%)	60 (13,2%)	34 (9,1%)	0,1
Bailar	34 (3%)	7 (1,5%)	2 (0,5%)	0,01
Cursos, clases	132 (11,7%)	22 (4,8%)	4 (1,1%)	<0,001
Cine	67 (5,9%)	11 (2,4%)	3 (0,8%)	<0,001
Museos	20 (1,8%)	0	2 (0,5%)	0,005
Teatro	53 (4,7%)	7 (1,5%)	1 (0,3%)	<0,001
Viajar	158 (14%)	35 (7,7%)	15 (4%)	<0,001
Internet	137 (12,1%)	11 (2,4%)	8 (2,2%)	<0,001
Ninguno	9 (0,8%)	7 (1,5%)	17 (4,6%)	<0,001

Tabla 19. Diferencias en calidad de vida relacionada con la salud.

	70-79 años	80-84 años	≥ 85 años	valor p
EUROQUOLD 5 D	6,11 +/- 1,8	6,98 +/- 2,3	7.94 +/- 2,62	<0,001
COMPARANDO				
Mejor	117 (10,5%)	32 (7,3%)	19 (5,4%)	<0,001
Igual	641 (57,4%)	204 (46,3%)	146 (41,1%)	
Peor	358 (32,1%)	205 (46,5%)	190 (53,5%)	
EVA EuroQold 5D	62,96 +/- 20,77	59,61 +/- 20,80	54,64 +/- 21,16	<0,001
Muy mala 0-20	66 (6,3%)	29 (7,6%)	29 (11%)	<0,001
Mala (>20-40)	72 (6,9%)	30 (7,9%)	33 (12,5%)	
Regular (>40-60)	321 (30,6%)	140 (36,7%)	100 (37,9%)	
Buena (>60-80)	470 (44,8%)	159 (41,7%)	83 (31,4%)	
Muy buena (>80)	121 (11,5%)	23 (6%)	19 (7,2%)	



4.5. Resultados de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Éstos son los principales resultados del estudio y sobre los que habría que incidir a la hora de planificar programas de salud para mayores.

La población a estudio en este apartado son todos, menos aquellos con demencia y/o que rechazan dar los datos o no saben precisar bien los datos. En total, la muestra a estudio para esta variable está constituida por 1.695 participantes con una distribución por Ayuntamientos tal y como se expone en la tabla 20.

Las personas mayores relatan en líneas generales una buena calidad de vida con una puntuación media del EuroQold-5D de 6,64 +/-2,21, con una EVA EuroQuold-5D de 60,91 +/- 21,16 puntos lo que refleja un predominio de participantes que considera su calidad de vida como buena o muy buena (EVA EuroQuold-5D $\geq$ 60).

Existen importantes variaciones entre las ciudades participantes, observando un claro gradiente norte-sur en la calidad de vida percibida por el ciudadano mayor, de tal forma que, en Santander las personas mayores consideran que su calidad de vida relacionada con la salud es mejor, seguida de Valladolid, y a distancia por Málaga y Puerto Lumbreras.



Tabla 20. Calidad de vida relacionada con la salud global y por ciudades participantes.

	TOTAL	MALAGA	PTO LUMBRERAS	VALLADOLID	SANTANDER	Valor p
Muestra a estudio	1695	525	226	535	409	
EUROQUOLD 5 D	6,64 +/-2,21	7,63 +/- 2,58	7,04+/-2,45	5,73+/-1,26	6,25+/-1,86	<0,001
Comparando con año anterior						
Mejor	168 (9,91%)	58 (11,04%)	9 (3,98%)	49 (9,15%)	52 (12,71%)	<0,001
Igual	991 (58,46%)	275 (52,38%)	121 (53,5%)	319 (59,62%)	276 (67,48%)	
Peor	753 (44,42%)	281 (53,52%)	96 (42,47%)	186 (34,76%)	190 (46,45%)	
EVA EuroQold 5D	60,91 +/- 21,16	58,12 +/- 21,33	56,26 +/- 18,38	61,60 +/- 23,43	66,15 +/- 17,88	<0,001
Muy mala 0-20	124 (7,31%)	44 (8,38%)	6 (2,65%)	58 (10,84%)	16 (3,91%)	<0,001
Mala (>20-40)	135 (7,96%)	39 (7,42%)	40 (17,6%)	37 (6,91%)	19 (4,64%)	
Regular (>40-60)	561 (33,09%)	214 (40,76%)	107 (47,34%)	139 (25,98%)	101 (24,69%)	
Buena (>60-80)	712 (42%)	188 (35,8%)	56 (24,77%)	233 (43,55%)	235 (57,45%)	
Muy buena (>80)	163 (9,61%)	40 (7,61%)	17 (7,52%)	68 (12,71%)	38 (9,29%)	



Imagen Santander

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Realizando un primer análisis bivalente, las variables que afectan a una peor calidad de vida son:

- La edad; a mayor edad peor calidad de vida percibida.
- Sexo femenino.
- La viudez.
- Bajo nivel de estudios.
- Presencia de síndromes geriátricos como:
 - o Caídas
 - o Problemas de sueño y toma de medicación
 - o Problemas sensoriales de audición o de visión
 - o Incontinencia de esfínteres tanto urinario como fecal
 - o Presencia de disfagia
 - o Especialmente el dolor y su intensidad alta
- Presencia de depresión.
- Menor función o mayor dependencia en AIVD y/o ABVD.
- No beber 1 ó 2 vasos al día de alcohol, o beber más de dicha cantidad.
- El sedentarismo.
- Dormir menos de seis horas diarias.
- No viajar.

Por los condicionantes antes expuestos en los puntos de resultados anteriores, las ciudades con mejor calidad de vida referida han sido Santander y Valladolid.



Imagen de Valladolid

Tabla 21. Factores demográficos asociados a Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

	EuroQol 5D	valor p	EVA EuroQold 5D	valor p
N= 1695				
Demencias / no datos= 262				
Edad				
70-79 años	6,11 +/- 1,8	p<0,001	62,96 +/- 20,77	p<0,001
80-84 años	6,98 +/- 2,3		59,61 +/- 20,80	
≥ 85 años	7.94 +/- 2,62		54,64 +/- 21,16	
Sexo				
Mujeres	7 +/- 2,3	<0,001	59,13 +/- 21,45	<0,001
Hombres	6,10 +/- 1,94		63,56 +/- 20,45	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	6,50 +/- 2,11	<0,001	60 +/- 21,77	0,1
CASADO	6,28 +/- 1,99		61,88 +/- 21,15	
VIUDO	7,26 +/- 2,42		59,29 +/- 21,24	
SEPARADO	6,29 +/- 2,08		61,37 +/- 19,08	
OTROS	6,50 +/- 2,13		69,29 +/- 15,66	
CON QUIEN VIVE				
CONYUGE	6,24 +/- 1,93	<0,001	62,28 +/- 20,60	0,1
SOLO	6,64 +/- 1,97		60,13 +/- 20,82	
HIJOS	6,29 +/- 2,01		58,75 +/- 23,62	
OTRA FAMILIA	7,66 +/- 2,7		60,77 +/- 20,87	
OTROS 5	6,64 +/- 2,21		59,30 +/- 19,62	
ESTUDIOS				
NO LEER NI ESCRIBIR	8,42 +/- 2,95	<0,001	50,45 +/- 19,82	<0,001
PRIMARIOS	6,92 +/- 2,30		57,84 +/- 20,46	
PRIMARIOS	6,63 +/- 2,15		60,91 +/- 21,68	
BACHILLERATO	5,94 +/- 1,64		64,97 +/- 19,53	
GRADO MEDIO	6,07 +/- 1,70		63,94 +/- 21,47	
GRADO SUPERIOR	6,28 +/- 1,91		60,75 +/- 22,98	
UNIVERSITARIO	5,87 +/- 1,76		70,54 +/- 18,87	

Tabla 22. Sdr. Geriátricos asociados a Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

	EuroQol 5D	valor p		EVA EuroQold 5D	valor p
N= 1695					
Demencias / no datos= 262					
PROBLEMAS MEMORIA					
No Demencia	6,29 +/- 1,88	<0,001		61,89 +/- 20,81	<0,001
DCL	9,13 +/- 2,77			45,24 +/- 18,97	
COMO SALUD					
muy mala	10 +/- 2,71	<0,001		34,64 +/- 20,64	<0,001
mala	8,72 +/- 2,43			40,98 +/- 18,98	
Regular	7,03 +/- 2,2			57,74 +/- 14,85	
Buena	5,74 +/- 1,44			70,04 +/- 17,93	
Muy buena	5,27 +/- 0,71			62,01 +/- 33,78	
Caídas					
Caídas	7,56 +/- 2,53	<0,001		55,43 +/- 20,34	<0,001
No caídas	6,38 +/- 2,03			62,39 +/- 21,14	
PROB DORMIR					
Problemas dormir	7,24 +/- 2,43	<0,001		57,71 +/- 20,88	<0,001
No problemas dormir	6,07 +/- 1,79			64,07 +/- 20,95	
Toma Medicación	7,66 +/- 2,51	<0,001		55,98 +/- 20,99	<0,001
No toma medicación	6,30 +/- 2			62,99 +/- 19,34	
SENSORIAL					
Problemas ver	7,59 +/- 2,54	<0,001		55,38 +/- 19,77	<0,001
No problemas ver	6,37 +/- 2,02			62,40 +/- 21,29	
Problemas oír	7,80 +/- 2,73	<0,001		56,53 +/- 19,86	0,002
No problemas oír	6,48 +/- 7,80			61,50 +/- 21,24	
Esfínteres					
Se escapa la orina	7,96 +/- 2,63	<0,001		56,19 +/- 19,55	<0,001
No se escapa la orina	6,01 +/- 1,63			62,85 +/- 21,50	
Se escapan heces	10,46 +/- 2,39	<0,001		43,94 +/- 19,46	<0,001
No se escapan heces	6,43 +/- 1,99			61,37 +/- 21	
Estreñimiento	7,33 +/- 2,36	<0,001		56,57 +/- 21,24	<0,001
No estreñimiento	6,37 +/- 2,08			62,62 +/- 20,92	
DISFAGIA					
Atragantamientos	8,05 +/- 2,67	<0,001		53,97 +/- 19,04	<0,001
No atragantamientos	6,41 +/- 2,03			61,89 +/- 21,30	

DOLOR				
Si dolor	7,32 +/- 2,37	<0,001	57,58 +/- 20	<0,001
No dolor	5,60 +/- 1,40		66,08 +/- 21,88	
EVA (N=1723)	Coef= 0,52	<0,001	Coef= -2,52	<0,001
LEVE 1-2 (1)	5,97 +/- 1,68	<0,001	63,93 +/- 20,48	<0,001
MODERADO 3-5 (2)	6,99 +/- 2,09		57,89 +/- 18,9	
GRAVE 6-8 (3)	7,73 +/- 7,73		57,35 +/- 18,27	
INSOPORTABLE 9-10 (4)	9,58 +/- 2,46		45,73 +/- 21,59	

Tabla 23. Función, nutrición y estado anímico relacionado con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

	EuroQol 5D	valor p	EVA EuroQold 5D	valor p
N= 1695				
Demencias / no datos= 262				
AIVD	coef= -0,73	<0,001	coef= -0,17	<0,001
ABVD (N=1957)	coef= -0,73	<0,001	coef= -0,16	<0,001
Depresión				
Depresión	8,06 +/- 2,42	<0,001	49,85 +/- 18,70	<0,001
No depresión	6,24 +/- 1,97		64,44 +/- 20,69	
YESAVAGE	coef= 0,36	<0,001	coef= 0,31	<0,001
MNA 1568	coef= -0,17		coef=-0,10	
NORMAL (12-14) (1)	6,01 +/- 1,58	<0,001	62,95 +/- 21,02	<0,001
RIESGO (8-11) (2)	7,76 +/- 2,61		58,10 +/- 19,95	
MALNUTRICIÓN (0-7) (3)	9,70 +/- 2,78		47,90 +/- 20,44	

Tabla 24. Hábitos de salud asociados a Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

	EuroQol 5D	valor p		EVA EuroQold 5D	valor p
N= 1695					
Demencias / no datos= 262					
TABACO					
No fuma	6,31 +/- 2,06	0,07		62,94 +/- 19,29	0,3
Si fuma	6,67 +/- 2,22			60,77 +/- 21,28	
ALCOHOL					
Nunca	6,83 +/- 2,31	<0,001		59,44 +/- 21,23	<0,001
1 O 2 veces	5,87 +/- 1,51			67,58 +/- 19,41	
>2 veces al día	5,71 +/- 1,30			61,96 +/- 23,14	
ACTIVIDAD FISICA					
Sedentario	8,22 +/- 2,58	<0,001		51,71 +/- 19,74	<0,001
No sedentario	5,69 +/- 1,19			65,48 +/- 20,35	
Dormir					
Menos de 6 horas	7,25 +/- 2,47	<0,001		57,12 +/- 20,17	<0,001
Más de seis horas	6,45 +/- 2,08			62,12 +/- 21,34	
Actividades de tiempo libre					
Viajes	5,45 +/- 0,93	<0,001		70,23 +/- 18,58	<0,001
No viajes	6,79 +/- 2,27			59,68 +/- 21,18	

A continuación, se han realizado diferentes modelos de regresión lineal múltiple, todos ellos utilizando como variable dependiente el EVA EuroQold 5D, que refleja mejor la calidad de vida que la valoración matemática del EuroQold 5D, pues el EVA es una gráfica que realiza la propia persona mayor sobre su calidad de vida.

En el modelo matemático se introdujeron todas las variables que anteriormente habían sido estadísticamente significativas y además tienen significado en la práctica clínica de salud.

Las variables que finalmente mostraron asociarse con la calidad de vida relacionada con la salud fueron:

- ***El nivel de estudios.***
- ***La intensidad del dolor medida con la Escala Visual Analógica.***
- ***La depresión o mejor dicho la intensidad de la medición del trastorno del ánimo a través del test reducido de Yesavage.***
- ***Problemas de visión (“ver”).***
- ***El conservar las actividades instrumentales de la vida diaria (relación con el medio).***
- ***El ejercicio físico.***
- ***El viajar.***

Así pues, de estos resultados se desprenden las principales recomendaciones hacia cuales deben de ser los recursos municipales de prevención y promoción de la salud en las personas mayores.

Tabla 25. Variables asociadas con Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta		Límite inferior	Límite superior
(Constante)	35,966	10,534		,001	15,300	56,632
Sexo	1,391	1,229	,033	,258	-1,021	3,803
Edad	,003	,100	,001	,976	-,193	,199
Estado civil legal	1,118	,866	,035	,197	-,581	2,816
Con quién convive	-,053	,494	-,003	,914	-1,022	,916
Nivel Mayor Estudios	,928	,347	,073	,008	1,247	1,610
Caídas	-2,163	1,354	-,042	,110	-4,820	,494
Problemas para dormir	-,373	1,167	-,009	,749	-2,663	1,917
Ver	3,160	1,356	,061	,020	,500	5,821
Oír	,380	1,722	,006	,825	-2,999	3,759
Escapa orina	,802	1,286	,017	,533	-1,720	3,324
Escapa heces	-,626	3,852	-,005	,871	-8,183	6,932
10_Se atraganta	-1,609	1,678	-,025	,338	-4,900	1,682
Dolor medido por EVA_0-10	-,665	,197	-,097	,001	-1,051	-,279
Total Lawton5 AIVD	1,831	,772	,094	,018	1,316	3,345
Total Barthel ABVD	,058	,063	,038	,352	-,064	,181
Test de Yesavage_TOTAL	-2,392	,501	-,141	,000	-3,376	-1,409
Cribado MNA reducido	,071	,087	,021	,418	-,100	,241
Una Dos vasos Alcohol	1,433	1,241	,031	,249	-1,002	3,867
Sedentario	5,423	1,342	,120	,000	2,790	8,055
Dormir menos de 6H	,832	1,321	,017	,529	-1,759	3,423
Viajar	3,334	1,657	,053	,044	1,84	6,585

a. Variable dependiente: EVA EuroQold-5D de 0 a 100

4.6. Resultados de la adecuación de los recursos municipales de vida saludable a las necesidades

La segunda parte del estudio es analizar los resultados de la adecuación de los recursos municipales de vida saludable en dichos municipios, según las necesidades objetivas y las percibidas por dicha población.

Así, en primer lugar se analizó el grado de utilización de cada uno de los recursos y la opinión de los usuarios para, posteriormente realizar una pequeña inferencia de relación entre el uso de los recursos por las personas participantes y su grado de satisfacción con los servicios utilizados.

RECURSOS SEGÚN AYUNTAMIENTOS

Se van a exponer los datos relacionados con el uso de los recursos de prevención y promoción de la salud de cada Ayuntamiento.

1. **MÁLAGA:** Los recursos ofertados y la opinión de los usuarios están expuestos en la tabla 26. Se puede observar **que de una muestra de 616 participantes apenas un 11%, 60 personas, utilizaban dichos servicios.** De los recursos expuestos los principales utilizados son los de actividad física y deporte, talleres de memoria y culturales, con poca utilización de huertos ecológicos y mayores en la feria.

La percepción de la calidad del servicio por parte del ciudadano es buena/muy buena, y consideran en su gran mayoría que les mejora su salud.

Con respecto a los recursos sociales la mayoría conoce la teleasistencia y curiosamente son más utilizados que los recursos de promoción de la salud (en total cerca de un tercio de los participantes).

La satisfacción global por los servicios del Ayuntamiento es máxima (puntuación de 5 en la mayoría de los entrevistados que contestan a dicha pregunta).

Igualmente, los mayores que opinan sobre los recursos son mayoritariamente de la opinión de que dichas actividades municipales deben de ser para todas las edades.

Tabla 26. Características de los recursos municipales de Málaga, porcentajes sobre la muestra de 616, perdidos no mostrados en la tabla::

MÁLAGA= 616	Utilización
CENTRO SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES	5 (0,9%)
VECINOS	5 (0,8%)
CENTRO ENVEJECIMIENTO SALUDABLE	8 (1,3%)
MAYORES	61 (9,9%)
AULAS INFORMÁTICA/BIBLIOTECAS, ETC	8 (1,3%)
CENTROS DEPORTIVOS MUNICIPALES	36 (5,8%)
NINGUNO	508 (82,5%)
RECURSOS PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD	
ACT DE EJERCICIO FÍSICO / GIMNASIA MANTENIMIENTO / YOGA	60 (9,7%)
GRADO DE SATISFACCIÓN	
1	
2	
3	2 (0,3%)
4	4 (0,6%)
5	54 (8,8%)
INSUFICIENTE / ESCASO	
1	47 (7,6%)
2	1 (0,2%)
3	2 (0,3%)
4	1 (0,2%)
5	9 (1,5%)
MEJORA SALUD	
1	3 (0,5%)
2	2 (0,3)
3	9 (1,5%)
4	4 (0,6%)
5	42 (6,8%)
MEJORA ÁNIMO	
1	
2	
3	2 (0,3%)
4	2 (0,3%)
5	56 (9,1%)

ACTIVIDADES MANUALES DE PINTURA COSTURA ARTESANIA		19 (3,1%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	3 (0,5%)
	4	
	5	16 (2,6%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	16 (2,6%)
	2	
	3	2 (0,3%)
	4	
	5	1 (0,2%)
MEJORA SALUD		
	1	1 (0,2%)
	2	
	3	6 (1,0%)
	4	1 (0,2%)
	5	11 (1,8%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	2 (0,3%)
	4	
	5	17 (2,8%)
TALLERES MEMORIA / AUTOESTIMA / LECTURA / ESCRITURA		25 (4,1%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	2 (0,3%)
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	
	5	20 (3,2%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	18 (2,9%)
	2	
	3	
	4	
	5	5 (0,8%)
MEJORA SALUD		
	1	3 (0,5%)
	2	1 (0,2%)

	3	4 (0,6%)
	4	1 (0,2%)
	5	14 (2,3%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	3 (0,5%)
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	
	5	19 (3,1%)
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE / BAILE / CORO / TEATRO		25 (4,1%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	1 (0,2%)
	2	
	3	
	4	1 (0,2%)
	5	23 (3,7%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	21 (3,4%)
	2	1 (0,2%)
	3	
	4	
	5	3 (0,5%)
MEJORA SALUD		
	1	5 (0,8%)
	2	1 (0,2%)
	3	10 (1,6%)
	4	2 (0,3%)
	5	7 (1,1%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	1 (0,2%)
	3	
	4	1 (0,2%)
	5	23 (3,7%)
PROGRAMA DE SALUD /JORNADAS / TALLERES		2 (0,4%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	2 (0,3%)
INSUFICIENTE / ESCASO		

	1	1 (0,2%)
	2	
	3	
	4	
	5	1 (0,2%)
MEJORA SALUD		
	1	1 (0,2%)
	2	
	3	
	4	
	5	1 (0,2%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	2 (0,3%)
MAYORES EN FERIA		1 (0,2%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	1 (0,2%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	1 (0,2%)
	2	
	3	
	5	
MEJORA SALUD		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	
	5	
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	
	5	
PROGRAMAS EDUCATIVOS MUSEOS / BIBLIOTECAS / UNIVERSIDAD		12 (1,9%)

GRADO DE SATISFACCIÓN		
1	1 (0,2%)	
2		
3	1 (0,2%)	
4	2 (0,3%)	
5	10 (1,6%)	
INSUFICIENTE / ESCASO		
1	8 (1,3%)	
2		
3	2 (0,3%)	
4	1 (0,2%)	
5	3 (0,5%)	
MEJORA SALUD		
1	2 (0,3%)	
2	1 (0,2%)	
3	2 (0,3%)	
4		
5	9 (1,5%)	
MEJORA ÁNIMO		
1	1 (0,2%)	
2		
3	1 (0,2%)	
4		
5	12 (1,9%)	
OTROS CULTIVO HUERTOS ECOLÓGICOS	1 (0,2%)	
GRADO DE SATISFACCIÓN		
1		
2		
3		
4		
5	1 (0,2%)	
INSUFICIENTE / ESCASO		
1		
2		
3		
4		
5	1 (0,2%)	
MEJORA SALUD		
1		
2		
3		
4		

	5	1 (0,2%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	1 (0,2%)
RECURSOS SOCIALES		
Conoce algún recurso social municipal		
SI		486 (78,9%)
NO		130 (21,1%)
CONOCE		
CONOCE TELEASISTENCIA		470 (76,3%)
CONOCE SAD		244 (39,6%)
CONOCE COMIDA		5 (0,8%)
CONOCE APOYO A CUIDADORES		18 (2,9%)
UTILIZA		
UTILIZA TELEASISTENCIA		171 (27,8%)
UTILIZA SAD		35 (5,7%)
UTILIZA COMIDA		
UTILIZA APOYO A CUIDADORES		3 (0,5%)
NINGUNO		352 (57,1%)
SATISFACCIÓN SERVICIOS		
	1	39 (6,3%)
	2	3 (0,5%)
	3	11 (1,8%)
	4	17 (2,7%)
	5	187 (30,4%)
Servicio para mayores		
Solo mayores		76 (12,3%)
Todas edades		193 (31,3%)
Indiferente		80 (13,0%)
No contesta		266 (43,2%)

2. PUERTO LUMBRERAS: Los recursos ofertados y la opinión de los usuarios están expuestos en la tabla 27. Se puede observar **que de una muestra de 226 participantes un 28,7%, 65 personas, declaran utilizar los servicios disponibles.** De los recursos expuestos los principales utilizados son los de actividad física y deporte, y las actividades de tiempo libre, con una muy baja utilización del resto.

También la percepción de la calidad del servicio por parte del ciudadano es buena/muy buena, y consideran, en su gran mayoría, que les mejora su salud y el ánimo.

La satisfacción global por los servicios del Ayuntamiento es máxima, puntuación de 5 en la mayoría de los entrevistados que contestan a dicha pregunta.

En general, a los mayores de Puerto Lumbresas les resulta indiferente quien utilice los servicios municipales, sólo una minoría los reclaman para los mayores.

Tabla 27. Características de los recursos municipales de Puerto Lumbresas, porcentajes sobre la muestra de 226, perdidos no mostrados en la tabla:

PUERTO LUMBRERAS, N= 226	
CENTRO CÍVICO CULTURAL	5 (2,1%)
HOGAR DEL PENSIONISTA	45 (19,3%)
CENTRO DEPORTIVO MUNICIPAL PISCINAS	8 (3,4%)
CENTRO DE LA MUJER	5 (2,1%)
EDUCACIÓN BIBLIOTECA ESCUELA DE ADULTOS	2 (0,9%)
NINGUNO	171 (73,4%)
RECURSOS SALUD	
ACT DE EJERCICIO FÍSICO / GIMNASIA MANTENIMIENTO	21 (9,29%)
GRADO DE SATISFACCIÓN	
1	
2	
3	1 (0,4%)
4	8 (3,5%)
5	11 (4,8%)
INSUFICIENTE / ESCASO	
1	3 (1,3%)
2	2 (0,8%)
3	4 (1,7%)

	4	5 (2,2%)
	5	6 (2,6%)
MEJORA SALUD		
	1	
	2	
	3	
	4	10 (4,4%)
	5	10 (4,4%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	2 (0,8%)
	4	5 (2,2%)
	5	13 (5,7%)
ACTIVIDADES MANUALES DE PINTURA COSTURA ARTESANIA		1 (0,4%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	1 (0,4%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	
	2	
	3	1 (0,4%)
	4	
	5	
MEJORA SALUD		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	1 (0,4%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	1 (0,4%)
TALLERES MEMORIA / AUTOESTIMA / LECTURA / ESCRITURA		2 (0,8%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	

	2	
	3	
	4	1 (0,4%)
	5	1 (0,4%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	
	2	
	3	
	4	1 (0,4%)
	5	1 (0,4%)
MEJORA SALUD		
	1	
	2	
	3	
	4	1 (0,4%)
	5	1 (0,4%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	1 (0,4%)
	4	
	5	1 (0,4%)
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE / BAILE / CORO / TEATRO		35 (15,4%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	10 (4,4%)
	4	18 (7,9%)
	5	7 (3,0%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	
	2	
	3	20 (8,8%)
	4	13 (5,7%)
	5	2 (0,8%)
MEJORA SALUD		
	1	1 (0,4%)
	2	1 (0,4%)
	3	12 (5,3%)
	4	18 (7,9%)
	5	3 (1,2%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	

	2	1 (0,4%)
	3	9 (3,9%)
	4	20 (8,8%)
	5	5 (2,2%)
PROGRAMA DE SALUD /JORNADAS / TALLERES		5 (2,2%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	
	4	4 (1,6%)
	5	2 (0,8%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	1 (0,4%)
	2	
	3	
	4	4 (1,6%)
	5	1 (0,4%)
MEJORA SALUD		
	1	1 (0,4%)
	2	
	3	3 (1,2%)
	4	
	5	2 (0,8%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	1 (0,4%)
	4	4 (1,6%)
	5	1 (0,4%)
PROGRAMAS EDUCATIVOS MUSEOS /BIBLIOTECAS / UNIVERSIDAD		1 (0,4%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	1 (0,4%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	
	2	
	3	

	4	
	5	1 (0,4%)
MEJORA SALUD		
	1	1 (0,4%)
	2	
	3	
	4	
	5	
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	1 (0,4%)
RECURSOS SOCIALES		
Conoce algún recurso social municipal		
SI		144 (63,8%)
NO		82 (36,2%)
CONOCE		
CONOCE TELEASISTENCIA		133 (58,8%)
CONOCE SAD		64 (28,3%)
CONOCE COMIDA		
CONOCE APOYO A CUIDADORES		3 (1,3%)
UTILIZA		
UTILIZA TELEASISTENCIA		30 (13,2%)
UTILIZA SAD		11 (4,8%)
UTILIZA COMIDA		
UTILIZA APOYO A CUIDADORES		1 (0,4%)
NINGUNO		184 (81,4%)
Satisfacción Servicios		
	1	3 (1,3%)
	2	9 (3,9%)
	3	66 (28,3%)
	4	60 (25,8%)
	5	95 (40,8%)
Servicio para mayores		
SOLO MAYORES		13 (5,7%)
TODAS LAS EDADES		64 (28,3%)

INDIFERENTE	104 (46%)
NO CONTESTA	45 (19,9%)

3. VALLADOLID: Los recursos ofertados y la opinión de los usuarios están expuestos en la tabla 28. Se puede observar **que de una muestra estudiada de 597 participantes, un 34%, 187 personas, utilizaban dichos servicios.** De los recursos expuestos los principales utilizados son los de actividad física y deporte, los talleres de memoria, y las actividades de tiempo libre, con muy baja utilización por parte de los talleres y las jornadas de salud, los huertos ecológicos, y las excursiones recreativas medioambientales.

También la percepción de la calidad del servicio por parte del ciudadano es buena/muy buena, y consideran en su gran mayoría que les mejora su salud y el ánimo.

La satisfacción global por los servicios del Ayuntamiento en esta ocasión no es máxima sino de 4 en la mayoría de los entrevistados que contestan a dicha pregunta.

Igualmente los mayores que opinan sobre los recursos en Valladolid prefieren que las actividades sean para todas las edades, aunque con poca diferencia con los que opinan que es mejor que sean solo para mayores.

Tabla 28. Características de los recursos municipales de Valladolid, porcentajes sobre la muestra de 597, perdidos no mostrados en la tabla:

Valladolid, N= 597	
CENTROS PERSONAS MAYORES	51 (8,5%)
CENTROS CIVICOS MUNICIPALES	75 (12,6%)
CENTROS ACCIÓN SOCIAL CEAS	
INSTALACIONES DEPORTIVAS MUNICIPALES	21 (3,5%)
VECINOS MAYORES CULTURALES	15 (2,5%)
AULAS INFORMÁTICAS /BIBLIOTECAS /	9 (1,5%)
HUERTOS	2 (0,3%)
OTROS	14 (2,3%)
NINGUNO	426 (71,4%)
RECURSOS SALUD	
ACT DE EJERCICIO FÍSICO / GIMNASIA MANTENIMIENTO / YOGA	57 (9,5%)
GRADO DE SATISFACCIÓN	
1	10 (1,7%)

	2	2 (0,3%)
	3	2 (0,3%)
	4	7 (1,2%)
	5	36 (6,0%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	34 (5,7%)
	2	2 (0,3%)
	3	5 (0,8%)
	4	8 (1,3%)
	5	8 (1,3%)
MEJORA SALUD		
	1	12 (2,0%)
	2	3 (0,5%)
	3	1 (0,2%)
	4	11 (1,8%)
	5	30 (5,0%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	11 (1,8%)
	2	2 (0,3%)
	3	2 (0,3%)
	4	12 (2,0%)
	5	30 (5,0%)
ACTIVIDADES MANUALES DE PINTURA COSTURA ARTESANIA		12 (2,0%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	6 (1,0%)
	2	
	3	
	4	1 (0,2%)
	5	7 (1,2%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	6 (1,0%)
	2	4 (0,7%)
	3	
	4	2 (0,3%)
	5	2 (0,3%)
MEJORA SALUD		
	1	5 (0,8%)
	2	
	3	2 (0,3%)
	4	3 (0,5%)
	5	4 (0,7%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	4 (0,7%)

	2	1 (0,2%)
	3	1 (0,2%)
	4	1 (0,2%)
	5	7 (1,2%)
TALLERES MEMORIA / AUTOESTIMA / LECTURA / ESCRITURA		34 (5,7%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	6 (1,0%)
	2	3 (0,5%)
	3	
	4	4 (0,7%)
	5	20 (3,4%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	17 (2,8%)
	2	6 (1,0%)
	3	3 (0,5%)
	4	4 (0,7%)
	5	3 (0,5%)
MEJORA SALUD		
	1	7 (1,2%)
	2	4 (0,7%)
	3	4 (0,7%)
	4	4 (0,7%)
	5	14 (2,3%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	7 (1,2%)
	2	1 (0,2%)
	3	4 (0,7%)
	4	3 (0,5%)
	5	18 (3,0%)
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE / BAILE / CORO / TEATRO		30 (5,0%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	3 (0,5%)
	2	1 (0,2%)
	3	
	4	5 (0,8%)
	5	21 (3,5%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	18 (3,0%)
	2	4 (0,7%)
	3	2 (0,3%)
	4	2 (0,3%)
	5	4 (0,7%)

MEJORA SALUD		
	1	1 (0,2%)
	2	3 (0,5%)
	3	4 (0,7%)
	4	8 (1,3%)
	5	14 (2,3%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	2 (0,3%)
	2	2 (0,3%)
	3	
	4	8 (1,3%)
	5	18 (3,0%)
PROGRAMA DE SALUD /JORNADAS / TALLERES		2 (0,4%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	2 (0,4%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	1 (0,2%)
	2	
	3	
	4	
	5	1 (0,2%)
MEJORA SALUD		
	1	
	2	
	3	
	4	1 (0,2%)
	5	1 (0,2%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	
	4	1 (0,2%)
	5	1 (0,2%)
PROGRAMAS EDUCATIVOS UNIVERSIDAD /CURSOS / INFORMATICA / BIBLIOTECA		18 (3,0%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	3 (0,5%)
	2	1 (0,2%)

	3	1 (0,2%)
	4	4 (0,7%)
	5	11 (1,8%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	10 (1,7%)
	2	4 (0,7%)
	3	1 (0,2%)
	4	2 (0,3%)
	5	3 (0,5%)
MEJORA SALUD		
	1	3 (0,5%)
	2	2 (0,3%)
	3	2 (0,3%)
	4	6 (1,0%)
	5	7 (1,2%)
MEJORA ANIMO		
	1	4 (0,7%)
	2	2 (0,3%)
	3	1 (0,2%)
	4	4 (0,7%)
	5	9 (1,5%)
VISITAS CULTURALES MUSEOS EXPOSICIONES MONUMENTOS	6	(1,0%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	1 (0,2%)
	2	1 (0,2%)
	3	
	4	1 (0,2%)
	5	3 (0,5%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	
	2	2 (0,3%)
	3	
	4	1 (0,2%)
	5	3 (0,5%)
MEJORA SALUD		
	1	1 (0,2%)
	2	
	3	
	4	2 (0,3%)
	5	3 (0,5%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	1 (0,2%)
	2	1 (0,2%)

	3	
	4	1 (0,2%)
	5	3 (0,5%)
EXCURSIONES RECREATIVAS MEDIO AMBIETALES Y TURISTICAS		5 (0,8%)
<i>GRADO DE SATISFACCIÓN</i>		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	5 (0,8%)
<i>INSUFICIENTE / ESCASO</i>		
	1	3 (0,5%)
	2	
	3	
	4	
	5	2 (0,3%)
<i>MEJORA SALUD</i>		
	1	
	2	
	3	
	4	2 (0,3%)
	5	3 (0,5%)
<i>MEJORA ÁNIMO</i>		
	1	
	2	
	3	
	4	2 (0,3%)
	5	3 (0,5%)
CULTIVO HUERTOS ECOLÓGICOS		2 (0,3%)
<i>GRADO DE SATISFACCIÓN</i>		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	
	5	1 (0,2%)
<i>INSUFICIENTE / ESCASO</i>		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	
	5	1 (0,2%)

MEJORA SALUD	
1	
2	
3	1 (0,2%)
4	
5	1 (0,2%)
MEJORA ÁNIMO	
1	
2	
3	1 (0,2%)
4	
5	1 (0,2%)
RECURSOS SOCIALES	
Conoce algún recurso social municipal	
SI	385 (64,5%)
NO	191 (32,0%)
CONOCE	
CONOCE TELEASISTENCIA	314 (52,6%)
CONOCE SAD	311 (52,1%)
CONOCE COMIDA	78 (13,1%)
CONOCE APOYO A CUIDADORES	30 (5,0%)
PELUQUERIA Y PODOLOGIA	17 (2,8%)
ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO	15 (2,5%)
SERVICIO ESTANCIAS DIURNAS	84 (14,1%)
AYUDAS INDIVIDUALES PARA MAYORES	10 (1,7%)
UTILIZA	
UTILIZA TELEASISTENCIA	59 (9,9%)
UTILIZA SAD	35 (5,9%)
UTILIZA COMIDA	7 (1,2%)
UTILIZA APOYO A CUIDADORES	3 (0,5%)
UTILIZA PELUQUERIA Y PODOLOGIA	2 (0,3%)
UTILIZA ASESORAMIENTO PSICOLOGICO	3 (0,5%)
UTILIZA SERV. ESTANCIAS DIURNAS	2 (0,3%)
UTILIZA AYUDAS INDIVIDUALES	1 (0,2%)
NINGUNO	214 (35,8%)
SATISFACCIÓN SERVICIOS	
1	6 (1,0%)
2	3 (0,5%)
3	18 (3,0%)
4	56 (9,4%)

	5	2 (0,3%)
Servicio para mayores		
Solo mayores		70 (11,7%)
Todas edades		112 (18,8%)
Indiferente		57 (9,5%)
No contesta		235 (39,4%)

4. SANTANDER: Los recursos ofertados y la opinión de los usuarios están expuestos en la tabla 29. Se puede observar **que de una muestra estudiada de 518 participantes un 21,5%, 88 personas, utilizaban dichos servicios.** De los recursos expuestos los principales utilizados son los de actividad física y deporte, los programas educativos y las actividades de tiempo libre, con muy baja utilización por parte de las jornadas de salud y los huertos ecológicos.

También la percepción de la calidad del servicio por parte del ciudadano es buena/muy buena, y consideran en su gran mayoría que les mejora su salud y el ánimo.

La satisfacción global por los servicios del Ayuntamiento en Santander sigue siendo mayoritariamente máxima de 5, en la mayoría de los entrevistados que contestan a dicha pregunta.

Igualmente los mayores que opinan sobre los recursos, prefieren que las actividades no sean solo para mayores.

Tabla 29. Características de los recursos municipales de Santander, porcentajes sobre la muestra de 518, perdidos no mostrados en la tabla:

Santander, N= 518	
CENTRO CÍVICO SOCIAL	47 (9,1%)
CENTRO CULTURAL	11 (2,1%)
INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTES	1 (0,2%)
CENTRO AMBIENTAL LOS VIVEROS	
EDUCACIÓN UNIVERSIDAD DE CANTABRIA	29 (5,6%)
NINGUNO	436 (84,2%)
RECURSOS SALUD	
ACT DE EJERCICIO FÍSICO / GIMNASIA MANTENIMIENTO / YOGA	20 (3,9%)

GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	6 (1,2%)
	5	13 (2,5%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	9 (1,7%)
	2	7 (1,4%)
	3	1 (0,2%)
	4	3 (0,6%)
	5	
MEJORA SALUD		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	10 (1,9%)
	5	9 (1,7%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	9 (1,7%)
	5	10 (1,9%)
ACTIVIDADES MANUALES DE PINTURA COSTURA ARTESANIA		8 (1,6%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	
	4	3 (0,6%)
	5	5 (1,0%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	2 (0,4%)
	2	1 (0,2%)
	3	2 (0,4%)
	4	3 (0,6%)
	5	
MEJORA SALUD		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	2 (0,4%)

	5	4 (0,8%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	3 (0,6%)
	5	4 (0,8%)
TALLERES MEMORIA / AUTOESTIMA / LECTURA / ESCRITURA		9 (1,8%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	2 (0,4%)
	4	1 (0,2%)
	5	6 (1,2%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	2 (0,4%)
	2	1 (0,2%)
	3	4 (0,8%)
	4	
	5	1 (0,2%)
MEJORA SALUD		
	1	
	2	1 (0,2%)
	3	3 (0,6%)
	4	
	5	4 (0,8%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	1 (0,2%)
	3	2 (0,4%)
	4	1 (0,2%)
	5	4 (0,8%)
ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE / BAILE / CORO / TEATRO		18 (3,5%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	3 (0,6%)
	5	14 (2,7%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	14 (2,7%)

	2	
	3	1 (0,2%)
	4	2 (0,4%)
	5	1 (0,2%)
MEJORA SALUD		
	1	2 (0,4%)
	2	
	3	
	4	5 (1,0%)
	5	11 (2,1%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	2 (0,4%)
	2	
	3	
	4	4 (0,8%)
	5	12 (2,3%)
PROGRAMA DE SALUD /JORNADAS / TALLERES		3 (0,6%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	5 (1,0%)
INSUFICIENTE / ESCASO		
	1	4 (0,8%)
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	
	5	
MEJORA SALUD		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	2 (0,4%)
	5	2 (0,4%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	1 (0,2%)
	4	2 (0,4%)
	5	2 (0,4%)
PROGRAMAS EDUCATIVOS MUSEOS /BIBLIOTECAS / UNIVERSIDAD		29 (5,6%)

GRADO DE SATISFACCIÓN		
1		
2	2 (0,4%)	
3	2 (0,4%)	
4	9 (1,7%)	
5	17 (3,3%)	
INSUFICIENTE / ESCASO		
1	12 (2,3%)	
2	4 (0,8%)	
3	5 (1,0%)	
4	5 (1,0%)	
5	2 (0,4%)	
MEJORA SALUD		
1		
2		
3	3 (0,6%)	
4	14 (2,7%)	
5	11 (2,1%)	
MEJORA ÁNIMO		
1		
2	1 (0,2%)	
3	5 (1,0%)	
4	12 (2,3%)	
5	11 (2,1%)	
OTROS CULTIVO HUERTOS ECOLÓGICOS		2 (0,4%)
GRADO DE SATISFACCIÓN		
1		
2		
3	1 (0,2%)	
4	1 (0,2%)	
5		
INSUFICIENTE / ESCASO		
1		
2		
3	1 (0,2%)	
4	1 (0,2%)	
5		
MEJORA SALUD		
1		
2		
3		
4		

	5	1 (0,2%)
MEJORA ÁNIMO		
	1	
	2	
	3	
	4	
	5	1 (0,2%)
RECURSOS SOCIALES		
Conoce algún recurso social municipal		
SI		461 (89,0%)
NO		54 (10,4%)
CONOCE		
CONOCE TELEASISTENCIA		445 (85,9%)
CONOCE SAD		357 (68,9%)
CONOCE COMIDA		87 (16,8%)
CONOCE APOYO A CUIDADORES		33 (6,4%)
UTILIZA		
UTILIZA TELEASISTENCIA		72 (13,9%)
UTILIZA SAD		30 (5,8%)
UTILIZA COMIDA		2 (0,4%)
UTILIZA APOYO A CUIDADORES		1 (0,2%)
NINGUNO		424 (81,9%)
Satisfacción Servicios		
	1	2 (0,4%)
	2	6 (1,2%)
	3	13 (2,5%)
	4	43 (8,3%)
	5	77 (14,9%)
Servicio para mayores		
SI		22 (4,2%)
NO		32 (6,2%)

SATISFACCIÓN GLOBAL CON LOS RECURSOS MUNICIPALES

Estudiando la satisfacción general de forma global y por municipio participante, se aprecia que la satisfacción es buena /muy buena, con una puntuación media de 4,22 +/- 1,13, sin observar apenas diferencias entre las 4 ciudades participantes, quizás una menor puntuación (levemente inferior) en el ayuntamiento de Puerto Lumbreras y Málaga y superior en Santander y Valladolid.

Por último, las personas mayores que opinan que los servicios deben ser utilizados por todos los ciudadanos independientemente de su edad, son el doble que los que opinan que deben de ser solo para mayores. En la tabla 30, el porcentaje está reflejado sobre el total de los participantes, por lo que la frecuencia parece menor de lo que en realidad es.

Tabla 30. Satisfacción global por el recurso.

	TOTAL	MALAGA	PTO LUMBRERAS	VALLADOLID	SANTANDER	Valor p
Muestra a estudio	1695	525	226	535	409	
Satisfacción Global Recurso	4,22 +/- 1,13	4,21 +/- 1,46	4,02 +/- 0,97	4,39 +/- 0,92	4,33 +/- 0,91	n.s.
1	50 (2,6%)	39 (6,3%)	3 (1,3%)	6 (1,0%)	2 (0,4%)	
2	20 (1%)	3 (0,5%)	9 (3,9%)	3 (0,5%)	6 (1,2%)	
3	105 (5,4%)	11 (1,8%)	66 (28,3%)	18 (3,0%)	13 (2,5%)	
4	178 (9,1%)	17 (2,7%)	60 (25,8%)	56 (9,4%)	43 (8,3%)	
5	478 (24,4%)	187 (30,4%)	95 (40,8%)	2 (0,3%)	77 (14,9%)	
Servicio para mayores						
Solo mayores	229 (11,7%)	76 (12,3%)	13 (5,6%)	70 (11,7%)	22 (4,2%)	<0,001
Todas edades	439 (22,4%)	193 (31,3%)	64 (27,5%)	112 (18,8%)	32 (6,2%)	<0,001
Indiferente	149 (7,6%)	80 (13,0%)	104 (44,6%)	57 (9,5%)		

Un resultado muy relevante:

- Se observa que aquellos participantes que utilizan el recurso y opinan bien del mismo tienen una mejor calidad de vida relacionada con la salud que los que no:

EuroQuold-5D puntuaciones de 4-5 satisfacción global del recurso: 6,56 +/- 2,28

EuroQuold-5D puntuaciones de 1-2 satisfacción global del recurso: 7,36 +/- 3,12

valor de $p < 0,001$.

Lo que demuestra que aquellos participantes que utilizan los recursos de promoción de la salud relatan una mejor calidad de vida.



5. CONCLUSIONES

Son muchas las conclusiones posibles de este trabajo, y cada municipio deberá de analizar detenidamente sus datos. Destacar las siguientes conclusiones:

1. Los principales factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud son:
 - El nivel de estudios.
 - La intensidad del dolor medida con la Escala Visual Analógica.
 - La depresión o mejor dicho la intensidad de la medición del trastorno del ánimo a través del test reducido de Yesavage.
 - Problemas de visión no corregibles.
 - El conservar las actividades instrumentales de la vida diaria (relación con el medio).
 - El ejercicio físico.
 - El viajar.
2. La edad, aunque a priori condiciona resultados negativos sobre la calidad de vida, cuando se analiza en conjunto con otros factores no es un factor de riesgo de mala calidad de vida.
3. La mujer aunque presenta una asociación con peores indicadores de calidad de vida, sin embargo también pierde su asociación con el resto de variables, que sí tienen más peso, como es el dolor, la depresión, el sedentarismo, determinantes de salud más proclives en el sexo femenino.
4. Según los datos estudiados y con las limitaciones propias del estudio, podría existir un gradiente norte-sur de calidad de vida, con un máximo exponente en Santander y Valladolid y un menor exponente en Málaga y Puerto Lumbreras.
5. Los recursos municipales de promoción de la salud son muy bien valorados en términos de satisfacción y percepción de mejora de la salud y del ánimo por parte de quien los utiliza.
6. Hay una relación entre la utilización del recurso y su valoración buena / muy buena del recurso y una mejor calidad de vida.

7. Sin embargo, dichos recursos son utilizados por un porcentaje bajo de la población, desde un 11,1% de Málaga a un 34% de Valladolid.
8. Por los datos expuestos anteriormente, la mujer es un sector de población especialmente vulnerable y que debería tener prioridad en el uso de los recursos municipales de promoción y prevención de la salud.
9. De igual modo, según estos resultados, los recursos que más deberían de implementarse serían los de ejercicio físico, talleres de memoria, culturales y de tiempo libre, especialmente los viajes.
10. Los municipios deberían realizar esfuerzos para ampliar la población mayor que se beneficia de la utilización de los recursos de vida saludable por su mejora de calidad de vida y sería recomendable su realización con todas las edades y no solo con mayores.



ANEXO 1. Resultados del estudio Villanueva Mayores

Calidad de vida relacionada con la salud en una cohorte transversal de pacientes octogenarios no institucionalizados: estudio Villanueva Mayores

Gómez-Pavón J^{1,2}, Gavidia Banegas J¹, Guzmán Mercedes L¹, Jiménez-Redondo S³, Cuadrado Vives C³, Ávila JM² Martín E²

¹ Servicio de Geriátría. H. Central de la Cruz Roja. Madrid.

² Observatorio de la Salud del Mayor. Ayuntamiento de Villanueva de la Cañada. Madrid.

³ Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: Conocer la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores o igual a 80 años y los factores asociados.

Pacientes y Métodos: Estudio transversal, de cohorte poblacional de personas de edad ≥ 80 años, no institucionalizados e inscritos en el municipio de Villanueva de la Cañada, Madrid (estudio Villanueva Mayores). De 264 se excluyen los no localizados (98), aquellos que rechazaron participar (58) y demencia moderada ($MEC < 19$) (12). Muestra a estudio de 96 (67% mujeres, edad media 85,76 (5,56) años, rango de 80 a 102 años). No diferencias estadísticamente significativas ni de edad ni sexo con pacientes excluidos. Se analiza calidad de vida relacionada con la salud mediante EuroQol5D. Análisis bivalente con comparación de medias (t de student y anova 1 factor) y correlación lineal. Regresión lineal múltiple en el estudio final de los factores asociados. Nivel de significación e intervalos de confianza del 95%.

Resultados: EuroQol5D medio fue 7,21 $\pm$ 2,17 y se relacionó con mujeres (7,63 $\pm$ 2,2, $p=0,007$), depresión (8,12 $\pm$ 2,23, $p=0,002$), caídas (7,93 $\pm$ 2,23, $p=0,04$), insomnio (7,87 $\pm$ 2,31, $p<0,001$), incontinencia urinaria (7,53 $\pm$ 2,18, $p=0,039$), dolor (7,89 $\pm$ 2,25, $p=0,003$), edad ($r:0,2$, $p=0,004$), comorbilidad medida por Índice de Charlson ($r:0,2$, $p=0,03$), número de fármacos ($r=0,02$, $p=0,02$), situación funcional medido por índice de Barthel ($r=-0,7$, $p=0,001$), Up and go y velocidad de la marcha ($r=-0,37$, $p=0,001$) y nutrición medida por MNA reducido ($r=-0,4$, $p<0,001$). El análisis multivariante mostró como factores asociados al EuroQol5D: índice de Barthel ($p=0,003$; coeficiente de regresión Beta: -0,35; IC 95%: -0,08, -0,01), insomnio ($p=0,03$; coeficiente de regresión Beta: -0,12; IC 95%: 0,044, 1,24) y MNA ($p=0,003$; coeficiente de regresión Beta: -0,33; IC 95%: -0,44, -0,09).

Conclusiones: Los pacientes mayores o iguales a 80 años no institucionalizados presentan una buena calidad de vida relacionada con la salud, siendo la situación funcional, el riesgo nutricional y el insomnio los principales factores que influyen en la misma.

ANEXO 2. Resultados del estudio Villanueva Mayores

Health Related Quality of life, Functional and Nutritional status, a common connection in elder people: Villanueva Elder Health Study

Gómez-Pavón J^{1,2}, Gavidia Banegas J¹, Guzmán Mercedes L¹, Jiménez-Redondo S³, Cuadrado Vives C³, Ávila JM², Martín E²

¹ Geriatric Department. Faculty of Medicine "Alfonso X el Sabio". H. Central de la Cruz Roja. Madrid.

² Elder People Health Observatory. City Hall of Villanueva de la Cañada. Madrid.

³ Nutritional department. Faculty of Pharmacy. Universidad Complutense de Madrid.

Objective: To know the functional, nutritional and Health related Quality of life status in non-institutionalized inhabitants aged 80 years and above and its associated factors.

Methods: Cross-sectional study, a community-based study in Villanueva de la Cañada (Madrid, Spain). It was included non-institutionalized inhabitants ≥ 80 years old. From 264 inhabitants, it was excluding the non-localized (98) and those who refused to participate (58). N = 108 (67% women, mean age 85.76 (5.56) years, range 80-102 years). We analyze factors associated with functional status measured by Barthel Index (BI), Health Related Quality of life (as measured by the EuroQol 5D (EQ)), and nutrition status (measured by Mini Nutritional Assessment (MNA)).

Results: Mean value of BI = 80 (27) and was associated in multivariate analysis with: dementia ($p = 0.01$, Beta coeff. -0.24 95% CI 1.7 to 17.05), speed up ($p < 0.001$; Beta coeff.: -0.39, 95% CI: -0.003, -0.002) and EQ ($p = 0.04$, Beta coeff.: 0.38, 95% CI: -0.004, 0.000), falls ($p = 0.02$, Beta coeff.: 0.38, 95% CI 0.8 to 10.7). Mean value of EQ = 7.21 (2.17) and was associated with BI ($p = 0.003$, Beta coeff.: -0.35, 95% CI: -0.08, -0.01), insomnia ($p = 0.03$ Beta coeff.: -0.12, 95% CI: 0.044, 1.24) and MNA ($p = 0.003$, Beta coeff.: -0.33, 95% CI: -0.44, -0.09). Mean value of MNA 25.50 (4.62) and was associated only with EQ ($p = 0.007$, Beta coeff.: -0.39, 95% CI: -1.22, -0.20).

Conclusions: Health Related Quality of life is the main common factor related to the function and nutrition in the elderly non-institutionalized 80 years.

ANEXO 3. Modelo de informe de participantes**INFORME DE D. VA0001**

Estimado Sr.

Con motivo de su amable participación en el estudio “NUPHYCO” el día, queremos detallarle en el presente informe, los hallazgos más relevantes por usted facilitados, recomendándole que, si así lo cree conveniente, le entregue copia a su equipo de atención primaria.

- *Valoración del estado funcional:* independiente.
- *Valoración del estado mental:* sin deterioro cognitivo.
- *Valoración del estado anímico:* bueno.
- *Estado nutricional:* adecuado.
- Valoración propia de calidad de vida: muy bueno (95 sobre 100).
- *Valoración de síndromes geriátricos que causen riesgo:* presenta estreñimiento y alteración de la audición.

En la siguiente tabla puede usted comparar sus resultados con la normalidad:

	VALORES NORMALES	SU VALOR
Valoración funcional	Barthel 100	<i>Independiente (barthel 100)</i>
Valoración estado mental	No deterioro (Pfeiffer $\leq$ 2 errores) Probable deterioro (Pfeiffer 3-5 errores) Probable demencia (Pfeiffer $\geq$ 6 errores)	<i>No deterioro (Pfeiffer 1 errores)</i>
Valoración anímico	Yesavage <2	<i>Bueno (Yesavage 0)</i>
Estado nutricional	Bajo peso (IMC <18) Normal (IMC 18-24,9) Sobrepeso (IMC 25-29,9) Obesidad (IMC > 30)	<i>Sobrepeso IMC= 25</i>
Valoración Salud	60 a 100	<i>Muy bueno (95)</i>

Muchas gracias por su grata participación en el proyecto. Gracias a ella podemos seguir trabajando para mejorar la salud de las personas mayores.

En representación equipo investigador proyecto NUPHYCO

Para mantener un buen estado de salud **le recomendamos seguir los siguientes consejos:**

1. La realización de ejercicio aeróbico habitual acorde a sus posibilidades mejora la calidad de vida y previene la enfermedad conforme aumenta la edad de los individuos:
 - Pasee acompañado/a todos los días, aumentando las horas de exposición al sol. Fundamental para mejorar los niveles de vitamina D (evita fracturas óseas).
 - Practique deportes suaves, le fortalecerá la masa muscular, le dará seguridad en la marcha y le evitará las caídas y sus consecuencias.
2. Una alimentación adecuada permite afrontar con mayor probabilidad de éxito los trastornos asociados a la edad:
 - Siga dieta equilibrada y no excesiva, con un papel prioritario de los platos tradicionales, en los que las legumbres y otros vegetales sean la base, con consumo moderado de carne y preferente de pescado.
 - Procure tomar frutas (mínimo 2-3 piezas día) y verduras, por su gran aporte de fibra, vitaminas y minerales.
 - Beba líquidos regularmente aunque no tenga sed con el fin de prevenir el estreñimiento, las cefaleas, los mareos, la sequedad de piel y de las mucosas. Los líquidos deben de ser preferentemente agua, zumos, caldos, infusiones, etc., limitando las bebidas estimulantes, carbonatadas y alcohólicas.
3. Cuidar las relaciones con otras personas favorece el envejecimiento saludable. Participe en las actividades de su municipio.

ANEXO 4. Protocolo final

Proyecto NUPHYCO		
Municipio:	Entrevistador/a:	Fecha:

Buenos días D/Dña....., su DNI es.....
 Le llamo del Ayuntamiento de

Quisiera saber si ha recibido de parte del alcalde una carta informativa con respecto al proyecto de un programa de salud para las personas mayores de 70 años.

En caso afirmativo: Pues bien, usted ha sido invitado (a) para la participación en este proyecto, en el que se necesita que personas como usted den la autorización para que se les realice una entrevista telefónica que durará aproximadamente 20-30 minutos donde se le preguntarán por diferentes aspectos de su salud, de sus hábitos y se le realizarán una serie de test de la memoria, de nutrición, de actividad física y de calidad de vida. Posteriormente con los resultados usted recibirá un informe de salud para su información y para que si lo cree conveniente se lo entregue a su médico / enfermera de atención primaria.

En caso negativo: En breve lo recibirá o bien probablemente no dispongamos de la correcta dirección. El ayuntamiento está participando en un proyecto con varios municipios españoles que tiene la finalidad de obtener datos sobre la salud de las personas mayores de 70 años así como la adecuación de los recursos municipales de vida saludable.

Usted ha sido invitado (a) para la participación en este proyecto, en el que se necesita que personas como usted den la autorización para que se les realice una entrevista telefónica que durará aproximadamente 20-30 minutos donde se le preguntarán por diferentes aspectos de su salud, de sus hábitos y se le realizarán una serie de test de la memoria, de nutrición, de actividad física y de calidad de vida. Posteriormente con los resultados usted recibirá un informe de salud para su información y para que si lo cree conveniente se lo entregue al su médico / enfermera de atención primaria.

A todos : Por supuesto sus datos se mantendrán en la total confidencialidad en todo el desarrollo del estudio, estando codificados y solo serán utilizados con la finalidad científica expuesta anteriormente. A su vez Ud. podrá revocar su consentimiento en cualquier momento de la entrevista lo que implica la exclusión de sus datos del estudio.

¿Nos brinda su consentimiento de participación?

SI = Comenzar con la entrevista

NO = Despedirse y agradecersele: “Ya no le molesto más, muchísimas gracias por el tiempo que me ha dedicado”

En casos dudosos: “Yo le animo a que participe porque es algo cómodo, solo telefónicamente y si ahora no puede pues en otro momento que usted me indique. Creemos que siempre va a ser positivo para usted, no va a perder nada, y está bien aprovechar estas iniciativas del ayuntamiento”.

Nota= Cualquier variable que no sea posible recogerla introducir el valor 99

A. IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE

Fecha entrevista:

Código:

Fecha de nacimiento:

Sexo: ☐ Varón (1) o Mujer (2)

B. DATOS PERSONALES

Entrevistador: para iniciar la entrevista, voy a preguntarle primero por algunos datos personales

1. ¿Cuál es su edad?

2. ¿Cuál es su nacionalidad? ☐ (Escribir el número correspondiente)

Española (1) País de la UE 25 (2)_Nombre: Otro País Europeo (3)_Nombre:
Ecuador (4) Perú (5) Colombia (6) Otro País Americano (7)_Nombre:
Marruecos (8) Otros Países Africanos (9)_Nombre: País de Asia (10) País de Oceanía (11)

2.1. Paciente discapacitado ☐ No (0) ó Sí (1)

En caso de paciente incapacitado (discapacitado o enfermedad grave que le impida contestar)

Nombre del informante:

Fecha de nacimiento:

2.1.1. Relación del informante con la persona seleccionada ☐

Cónyuge o pareja (1) ó hijo/a (2) u otros familiares (3) ó servicios sociales (cuidadores) (4) u Otros (5)

2.1.2. ¿Cuál es la nacionalidad del informante? ☐

Española (1) País de la UE 25 (2)_Nombre: Otro País Europeo (3)_Nombre:
Ecuador (4) Perú (5) Colombia (6) Otro País Americano (7)_Nombre:
Marruecos (8) Otros Países Africanos (9)_Nombre: País de Asia (10) País de Oceanía (11)

3. ¿Cuál es su estado civil legal? ☐

Soltero/a (1) ó casado/a (2) ó Viudo/a (3) ó separados/Divorciados (4)

4. ¿Con quién convive actualmente? ☐

Cónyuge/pareja (1) ó solo/a (2) ó cónyuge/pareja e hijos (3) u otros familiares (4) u otra situación (5)

5. ¿Cuál es el nivel de estudios que ha terminado? ☐

No sabe leer ni escribir (1) ó primarios completos (2) ó primarios (3) ó bachillerato (4) ó profesionales grado medio (5) ó profesionales grado superior (6) o estudios universitarios (7)

C. DATOS DE SALUD

Entrevistador: para continuar la entrevista, voy a preguntarle a continuación por algunos datos de su salud

1. Ha sido diagnosticado por el médico de problemas de memoria ☐
 No (1) – Deterioro cognitivo leve (2) - Demencia (3)

Entrevistador: para continuar la entrevista voy a realizarle una serie de preguntas para evaluar su memoria

Apuntar solo si hay error	Punto error
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año) <i>(si falla ≥ 1, solo se apunta 1 error)</i>	
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	
3. ¿Dónde estamos ahora? <i>(en este caso en su casa)</i>	
4. ¿Cuál es su número de tfno? Si no tiene tfno: ¿Cómo se llama la calle donde vive?	
5. ¿Qué edad tiene?	
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (día, mes, año) <i>(si falla ≥ 1, solo se apunta 1 error)</i>	
7. ¿Quién es el presidente del gobierno español actualmente?	
8. ¿Cómo se llama el presidente el anterior presidente del gobierno?	
9. ¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
10. Reste de 3 en tres desde veinte hasta llegar a cero. <i>(si falla ≥ 1, solo se apunta 1 error)</i>	
Test de Pfeiffer – Total Errores	

Si el valor del Pfeiffer es mayor de 5, es necesario que los datos del paciente los proporcione un familiar o cuidador y rellenar el punto 2.1 de la página anterior antes de seguir.

2. ¿Cómo es su salud en general? ☐
 Muy mala (1) -Mala (2) -Regular (3) -Buena (4) – Muy buena (5)

A partir de aquí las respuestas afirmativas serán de un valor de 1 y las negativas de 0

3. ¿Se ha caído en los últimos seis meses? ☐

4. Presenta problemas para dormir ☐
 De conciliación ☐ Despertares frecuentes ☐ Despertar precoz ☐ Mixto ☐
4.1. ¿Toma medicación? ☐

5. Tiene alguna dificultad importante para VER, que no superada con gafas o lentillas ☐

6. Tiene alguna dificultad importante para OIR, que no superada con Audífonos ☐

7. Se le escapa la orina ☐
 Al toser o hacer esfuerzos ☐
 Siente ganas, es muy súbito, no le da tiempo a llegar ☐
 Por problemas de movilidad ☐

8. Se le escapan las heces ☐

9. Es estreñido/a ☐
 Usa Laxante ☐

10. Se atraganta con frecuencia ☐
 Sólidos ☐ Líquidos ☐ Sólidos y líquidos ☐

11. Portador de SNG ☐
 Portador de PEG ☐
 Portador de sonda vesical ☐

12. Tiene dolor ☐
 EVA (0-10) ☐ Leve (1-2) – Moderado (3-5) – Grave (6-8) – Insoportables (9-10)
 Toma algún analgésico ☐

Muy bien, ahora continuaremos evaluando su capacidad o no para realizar actividades cotidianas

REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Capacidad para usar el teléfono ☐

- (1) Utiliza el teléfono por si solo
- (1) Es capaz de marcar bien algunos números familiares
- (1) Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar
- (0) No usa el teléfono

Ir de compras ☐

- (1) Realiza todas las compras necesarias independientemente
- (0) Realiza independientemente pequeñas compras
- (0) Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra
- (0) Totalmente incapaz de comprar

Preparación de la comida ☐

- (1) Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente
- (0) Prepara adecuadamente las comidas si le proporcionan los ingredientes
- (0) Prepara, calienta, y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada
- (0) Necesitan que le preparen y sirvan las comidas

Cuidar la casa ☐

- (1) Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)
- (1) Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas
- (1) Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un nivel adecuado de limpieza
- (1) Necesita ayuda en todas las labores de la casa
- (0) No participa en ninguna labor de la casa

Lavado de la ropa ☐

- (1) Lava por si solo toda su ropa
- (1) Lava por si solo pequeñas prendas
- (0) Todo el lavado de ropa debe de ser realizado por otro

Uso de medios de transporte ☐

- (1) Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche
- (1) Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte
- (1) Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona
- (0) Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros
- (0) No viaja en absoluto

Responsabilidad sobre medicación ☐

- (1) Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta
- (0) Toma su medicación si la dosis es preparada previamente
- (0) No es capaz de administrarse su medicación

Capacidad para utilizar dinero ☐

- (1) Se encarga de sus asuntos económicos por si solo
- (1) Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda para grandes compras y los bancos
- (0) Incapaz de manejar dinero

TOTAL ÍNDICE DE LAWTON DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA ☐

REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**Comer** ☐

(10) Independiente. Capaz de usar cualquier instrumento necesario. Come en tiempo razonable.

(5) Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.

(0) Dependiente.

Baño ☐

(5) Independiente. Capaz de lavarse entero usando la ducha o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin estar otra persona presente.

(0) Dependiente.

Vestirse ☐

(10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos que precise sin ayuda.

(5) Necesita ayuda, pero realiza sólo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable.

(0) Dependiente.

Arreglarse, aseo ☐

(5) Independiente. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes.

(0) Dependiente.

Deposición (valorar la semana anterior) ☐

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se lo administra el mismo.

(5) Ocasional. Un episodio de incontinencia. Necesita ayuda para administrarse enema o supositorio.

(0) Incontinente.

Micción (valorar la semana anterior) ☐

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita sonda o colector es capaz de atender solo su cuidado.

(5) Ocasional. Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.

(0) Incontinente.

Usar el retrete ☐

(10) Independiente. Usa retrete, bacinilla o cuña sin ayudar y sin manchar. Si va al retrete se quita y pone la ropa, se siente y se levanta sin ayuda, se limpia y tira de la cadena.

(5) Necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitar y ponerse la ropa, pero se limpia solo.

(0) Dependiente.

Trasladarse (al sillón/ ó de la cama/ sillón) ☐

(15) Independiente.

(10) Mínima ayuda física o supervisión verbal.

(5) Gran ayuda (persona fuerte o entrenada). Es capaz de permanecer sentado sin ayuda.

(0) Dependiente. Necesita grúa o ayuda de dos personas; no permanece sentado

Deambular ☐

(15) Independiente. Camina solo 50 m, puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas. Si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela.

(10) Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 m.

(5) Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión.

(0) Dependiente.

Escalones ☐

(10) Independiente para subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otra persona.

(5) Necesita ayuda física de otra persona o supervisión.

(0) Dependiente.

TOTAL ÍNDICE DE BARTHEL DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA ☐

Ahora me gustaría evaluar su estado de ánimo, contésteme por favor SI o NO a las siguientes preguntas:

¿Se siente lleno/a de energía?	SI (1)	NO (0)
¿Con frecuencia se siente a menudo aburrido/a?	SI (1)	NO (0)
¿Se encuentra con buen humor la mayor parte del tiempo?	SI (1)	NO (0)
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI (1)	NO (0)
¿Siente que su vida está vacía?	SI (1)	NO (0)

TOTAL

Muchas gracias, Y pensando en el día de hoy:

¿CÓMO ES SU ESTADO DE SALUD HOY?

Movilidad

- No tengo problemas para caminar (1)
- Tengo algunos problemas para caminar (2)
- Tengo que estar en la cama (3)

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal (1)
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme (2)
- Soy incapaz de lavarme o vestirme (3)

Actividades cotidianas

(Ej.: Trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas (1)
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas (2)
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas (3)

Dolor/malestar

- No tengo ni dolor ni malestar (1)
- Tengo moderado dolor o malestar (2)
- Tengo mucho dolor o malestar (3)

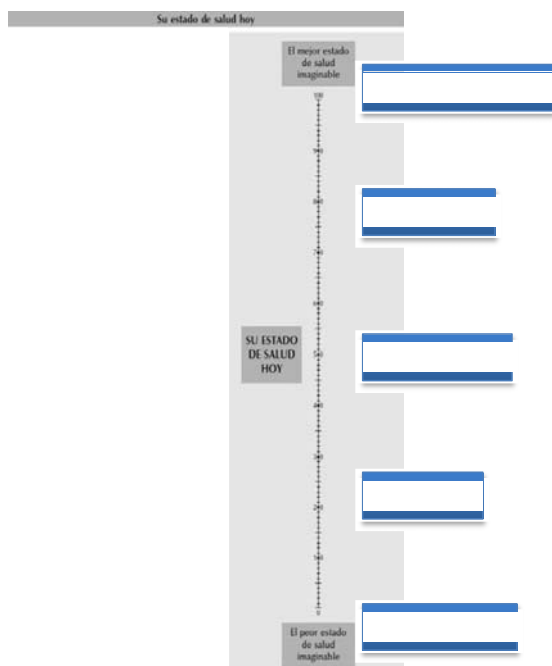
Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido (1)
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido (2)
- Estoy muy ansioso o deprimido (3)

TOTAL (Sumar)

Comparando con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es
Mejor (1) – Igual (2) – Peor (3)

Nos gustaría que nos indicara, en su opinión, en una escala de 0 a 100, ó 0-10 lo bueno malo que es su estado de salud en el día de hoy, teniendo en cuenta que el valor 0 es el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor estado de salud imaginable.



En relación con su nutrición y alimentación:

1. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, o dificultad en la masticación o deglución en los últimos 3 meses?

Ha comido mucho menos (0)

Ha comido menos (1)

Ha comido igual (2)

2. Pérdida reciente de peso (<3 meses)

Pérdida de peso >3 Kg (0)

No lo sabe (1)

Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg (2)

3. Movilidad

De la cama al sillón (0)

Autonomía en el interior (1)

Sale del domicilio (2)

4. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

Sí (0)

No (2)

5. Problemas neuropsicológicos

Demencia o depresión grave (0)

Demencia moderada (1)

Sin problemas neurológicos (2)

6. Cuánto pesa (kg) = Cuánto mide (talla en Mt) =

IMC= peso/(talla) x 2 = (no rellenar)

IMC < 19 (0)

19 < IMC < 21 (1)

21 < IMC < 23 (2)

Evaluación del cribaje. TOTAL (Sumar de 1 a 6) (no rellenar)

7. ¿Cómo considera su estado de hidratación, considerando su ingesta de agua, zumo, infusiones, lácteos-café, etc.)

Muy malo (1) – Malo (2) – Regular (3) – Bueno (4) – Muy bueno (5)

C. HÁBITOS DE SALUD Y OCIO

Para finalizar la entrevista en relación con la salud me gustaría conocer algunos de sus hábitos de salud.

1. En relación con el tabaco

☐ No fuma ☐ Menos de 10 cigarrillos/día ☐ Más de 10 cigarrillos/día ☐ Ex-fumador

2. En relación con el consumo de bebidas alcohólicas

☐ Nunca ☐ Eventual ☐ Una o dos veces al día ☐ Más de dos veces al día ☐ Ex-bebedor

3. En relación con la actividad física

☐ Sentado la mayor parte del tiempo ☐ Sin grandes desplazamientos ☐ Paseos regulares
☐ Deporte programado, cuál:

4. En relación con Dormir

☐ < 6 Horas ☐ 6 – 7 Horas ☐ 8 – 9 Horas ☐ > 9 Horas

5. Usa nuevas tecnologías

☐ Tfno. móvil ☐ PC ☐ Tablet ☐ ebooks

6. A qué actividades se dedica principalmente en su tiempo libre

☐ Ver televisión ☐ Escuchar música o radio ☐ Leer
☐ Hablar por teléfono con familia o amigos ☐ Visitar a familiares o amigos
☐ Manualidades, artesanías ☐ Juegos de mesa ☐ Bailar ☐ Asisto a cursos, clases
☐ Cine ☐ Museos ☐ Teatro
☐ Viajar
☐ Navegar por Internet
☐ Ninguno
☐ Otros

7. ¿En los últimos seis meses o un año ha realizado esfuerzo adicional por mejorar su estado de salud? ☐ (Puntuar de 1 a 5)

8. ¿Tiene intención de mejorar su estado de salud? ☐ (Puntuar de 1 a 5)

9. Cuáles son sus principales fuentes de información sobre temas de salud:

☐ Personal médico-enfermería
☐ Farmacéutico
☐ Familia
☐ Vecinos-amigos
☐ TV
☐ Radio
☐ Prensa escrita
☐ Libros y revistas especializadas
☐ Internet
☐ Ninguno

D. ADECUACIÓN Y GRADO DE SATISFACCIÓN SERVICIOS DE VIDA SALUDABLE DEL MUNICIPIO DE SANTANDER**1. ¿Ha acudido usted en el último año a algún programa de vida saludable del municipio de Santander realizado en:**

- ☐ Centro Cívico-Social ☐ Centro Cultural ☐ Instituto Municipal de Deportes
☐ Centro Ambiental Los Viveros ☐ Educación: Universidad de Cantabria, bibliotecas, aulas 3ª edad, etc ☐ Ninguno

Si es así ¿Qué actividad o actividades realiza?:

- ☐ Actividades de ejercicio físico: gimnasia de mantenimiento, yoga, aerobio, pilates, etc
☐ Talleres de bienestar emocional: taller de memoria, manejo del duelo, etc.
☐ Actividades de tiempo libre: baile, coro, teatro, etc.
☐ Programa de salud: jornadas, talleres
☐ Programa educativo y cultural: museos, universidad, bibliotecas
☐ Otros: cultivo de huertos ecológicos

2. Por cada servicio que haya respondido que sí se le preguntará (Puntuar de 1 a 5)**Actividades de ejercicio físico**

- ¿Cuál es el grado de satisfacción con este recurso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -¿El servicio le parece insuficiente o escaso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio ¿Ha mejorado su salud? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio ¿Ha mejorado su estado de ánimo general? ☐ (Puntuar de 1 a 5)

Actividades de Manuales: pintura, costura, artesanía, etc..

- ¿Cuál es el grado de satisfacción con este recurso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -¿El servicio le parece insuficiente o escaso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su salud? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su estado de ánimo general? ☐ (Puntuar de 1 a 5)

Talleres de bienestar emocional

- ¿Cuál es el grado de satisfacción con este recurso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -¿El servicio le parece insuficiente o escaso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su salud? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su estado de ánimo general? ☐ (Puntuar de 1 a 5)

Actividades de Manualidades

- ¿Cuál es el grado de satisfacción con este recurso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -¿El servicio le parece insuficiente o escaso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su salud? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su estado de ánimo general? ☐ (Puntuar de 1 a 5)

Actividades de tiempo libre

- ¿Cuál es el grado de satisfacción con este recurso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -¿El servicio le parece insuficiente o escaso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su salud? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su estado de ánimo general? ☐ (Puntuar de 1 a 5)

Programa de salud

- ¿Cuál es el grado de satisfacción con este recurso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -¿El servicio le parece insuficiente o escaso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su salud? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su estado de ánimo general? ☐ (Puntuar de 1 a 5)

Programa educativo y cultural

- ¿Cuál es el grado de satisfacción con este recurso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -¿El servicio le parece insuficiente o escaso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su salud? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
 -Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su estado de ánimo general? ☐ (Puntuar de 1 a 5)

Otros

- ¿Cuál es el grado de satisfacción con este recurso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
- ¿El servicio le parece insuficiente o escaso? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
- Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su salud? ☐ (Puntuar de 1 a 5)
- Desde que acude al servicio de vida saludable ¿Ha mejorado su estado de ánimo general? ☐ (Puntuar de 1 a 5)

3. Recursos sociales

¿Conoce algún recurso social municipal? Sí ☐ NO ☐ ¿Cuáles?

- ☐ Teleasistencia
- ☐ SAD
- ☐ Catering
- ☐ Apoyo a cuidadores

¿Cuáles utiliza?

- ☐ Teleasistencia
- ☐ SAD
- ☐ Catering
- ☐ Apoyo a cuidadores
- ☐ Ninguno

4. ¿Cómo valora usted de forma global los servicios de vida saludable que el Ayuntamiento de Santander presta?

(Puntuar de 1 a 5) ☐

5. ¿Piensa que estas actividades deben de ser solo para grupos de mayores o le gustaría realizarlas con grupos de todas las edades?

SÍ ☐ NO ☐

ANEXO 5. Informe comité de ética Universidad Alfonso X el sabio



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El Comité Ético de Ciencias de la Salud de la Universidad Alfonso X El Sabio, en su reunión del día 26 de septiembre de 2013, ha considerado las circunstancias que concurren en el Proyecto de Investigación: *“Evaluación del estado nutricional, físico, afectivo, cognitivo y social en personas mayores de los diferentes municipios de España: Proyecto NUPHYCO”* que tiene como investigador principal al Dr. Javier Gómez Pavón.

A la vista de la documentación presentada, este comité ha considerado informar favorablemente.

Y para que así conste, lo firmo en Villanueva de la Cañada, Madrid a 21 de octubre de 2013.

Fernando de Jesús Franco
Presidente



Anexo 6. Acuerdo de confidencialidad del participante en el proyecto

Proyecto NUPHYCO Acuerdo de confidencialidad de información

En Madrid, 1 de septiembre de 2013

Yo, D....., con DNI :

En relación con toda la información a la que tenga acceso por mi participación en el proyecto NUPHYCO, manifiesto mi conformidad en aceptar las siguientes condiciones:

1. La información será estrictamente confidencial y, en consecuencia, no la comunicaré en ningún caso a terceros.

2. La información no será utilizada para ningún otro fin que el de participar, colaborar en las actividades programadas de la investigación y dentro de las tareas que debo de realizar como :

.....

3. Me comprometo a devolver todos los documentos que puedan serme entregados y que contengan la información confidencial ya mencionada.

Atentamente.

Fdo.....



MEDICAL CLASSICS

You're Only Old Once!

Desmond O'Neill consultant physician in geriatric and stroke medicine, Dublin