

Autopercepción del estado de salud como indicador de la calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo en función de su lugar de residencia: domicilio versus centro sociosanitario

Self-perception of health status as an indicator of the quality of life in patients with cognitive dysfunction based on the residence: home care versus nursing home

Marta Lluesma-Vidal^{1,*}
Cayetana Ruiz-Zaldibar¹
Laura García-Garcés¹
Jorge Izquierdo-Gonzalvo²
María Inmaculada Sánchez-López¹

1. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Cardenal Herrera-CEU. Alfara del Patriarca. Valencia. España.
2. Residencia de la Tercera Edad Grupo Rey Ardid. Cedrillas. Teruel. España.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: marta.lluesma1@uchceu.es (Marta Lluesma-Vidal).

Recibido el 28 de junio de 2019; aceptado el 10 de septiembre de 2019.

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con deterioro cognitivo en función del lugar de residencia (domicilio familiar frente a instituciones), comparándola con la autopercepción del estado de salud de ambos grupos. **Material y métodos:** estudio comparativo observacional transversal. La muestra estuvo formada por 71 sujetos, de los cuales 44 recibían cuidado informal en su domicilio y asistían a un centro de día (Valencia, España), y 27 que residían en un centro sociosanitario (Teruel, Valencia), ambos situados en zona rural. Los participantes fueron evaluados mediante el índice de comorbilidad de Charlson, Mini-Mental Test de Folstein (MMSE), test de fluidez verbal, autopercepción del estado de salud mediante escala visual analógica del Euro-Qol y variables sociodemográficas que incluyeron: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil y número de hijos.

Resultados: los principales resultados apuntan a que pese a que los pacientes que residen en sus hogares tienen un peor estado cognitivo en relación con el MMSE (diferencia de 3,09 puntos; $p=0,003$) y la fluidez verbal (diferencia de 3,05 puntos 5,32; $p=0,000$), su autopercepción del estado de salud es superior frente a aquellos que viven en un centro sociosanitario (diferencia de 21,22 puntos; $p=0,000$). **Conclusiones:** los sujetos que residen en el domicilio presentan una autopercepción de su estado de salud mejor que aquellos que residen en el centro sociosanitario, pese a que su estado cognitivo muestra peores resultados. Este aspecto contribuye a la mejora de la utilización de los recursos necesarios hacia los ámbitos donde los cuidados sean más eficaces.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, estado de salud, deterioro cognitivo, atención en el hogar, centro sociosanitario.

ABSTRACT

Objective: analyze the relationship between sociodemographic and clinical variables in patients with cognitive impairment regarding to the place of residence (family home versus institutions), compare their self-perception of health status. **Material and Method:** observational comparative study. The sample was formed by 71 participants; 44 of them were living in their homes and attended to a day center and 27 of them resided in a Social Health Center. Participants were evaluated using the Charlson comorbidity index, Folstein Mini Mental Test (MMSE), verbal fluency test, self-perception of health status using Euro-Qol visual analogue scale and sociodemographic variables included: sex, age, level of studies, marital status and number of children. **Results:** the main results suggest that patients residing in their homes have a worse cognitive state compared to those who lived in Social Health Centers in relation to the MMSE (difference of 3,09 points, $p=0,003$) and verbal fluency (difference of 3,05 points 5,32, $p=0,000$). However, their self-perception of health status was higher (difference of 21,22 points, $p=0,000$). **Conclusions:** patients with cognitive dysfunction who reside in their homes have a better self-perception of their health status compared to those who reside in the Social Health Center. This aspect is of relevance to the improvement of the development of cost-effective strategies that encourage the health of patients with cognitive diseases.

KEYWORDS: Quality of life, health, cognitive dysfunction, home care, nursing home.

■ INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida hace esperar que la discapacidad y las enfermedades crónicas supongan un reto en salud, especialmente en aquellos pacientes que padecen enfermedades neurodegenerativas¹. Debido a las características de estas enfermedades, la calidad de vida (CV) se ha convertido en uno de los objetivos primordiales en su abordaje².

La CV, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ como la “percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses”, se configura como un constructo complejo y multidimensional. Para analizar la influencia del estado de salud sobre la CV, se utiliza el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Este concepto está influido por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación entre la persona y las características del entorno como puede ser el lugar de residencia⁴.

A pesar de la prevalencia de enfermedad y discapacidad en la población a medida que esta envejece, los tratamientos actuales están logrando un control de la sintomatología y el sufrimiento provocado por las enfermedades crónicas. Esto ha contribuido a la mejora del bienestar del paciente con deterioro cognitivo, por lo que su autopercepción del estado de salud se convierte en un determinante de la CVRS⁵ y un indicador clave de la misma⁶.

Una de las principales limitaciones de la evaluación de la CVRS en pacientes con deterioro cognitivo es su capacidad para dar respuesta a las preguntas de los cuestionarios disponibles. No obstante, algunos autores ya han puesto de manifiesto la utilización de límites de puntuación en escalas para la valoración de la CV⁷. Este es el caso de estudios como los de Hallikainen et al.⁸, donde se determinó que los sujetos eran capaces de autoevaluar su estado de salud cuando las puntuaciones en el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) se encontraban comprendidas entre 11 y 20 puntos. Por otra parte, Logsdon et al.⁹ encontraron que es posible que los pacientes con una puntuación en el MMSE superior a 10 pudieran evaluar de forma fiable su CV.

Pese a que numerosas variables pueden influenciar la CV de los pacientes con deterioro cognitivo, algunas sociodemográficas como el sexo, la edad o la educación carecen de consenso entre los miembros de la comunidad científica respecto a su implicación en la CV^{2,10,11}. Más aún, la determinación sobre el lugar en el que viven los pacientes con demencia no ha sido una variable profundamente estudiada en nuestro contexto, a pesar de que supone un determinante claro tanto para la autopercepción de la CV de los pacientes como para sus cuidados por parte de los profesionales de la salud¹²⁻¹⁴. Además, existe desconocimiento sobre si la CV de los sujetos que residen en centros sociosanitarios se encuentra disminuida en comparación con los que viven en la comunidad, como apuntan estudios en otros contextos¹⁵. Esta información supondría un importante avance para consolidar y dirigir los recursos necesarios hacia los ámbitos donde los cuidados sean más eficaces.

Por ello, la aportación de este estudio es abordar la posible influencia sobre la autopercepción de la CV en ancianos con demencia dependiendo del lugar de residencia. Su pertinencia radica en la ausencia de estudios que hayan investigado este factor determinante en nuestro contexto. Además, conocer este dato mejoraría la toma de decisiones respecto al ámbito en el que recibir los cuidados en este tipo de pacientes. Aparte de pretender esclarecer este punto, también se busca conocer el perfil del paciente en función del lugar de residencia.

El objetivo principal de la investigación es analizar la relación existente entre las variables sociodemográficas y médicas en pacientes con deterioro cognitivo en función del lugar de residencia (domicilio familiar frente a instituciones), y comparar la autopercepción del estado de salud en ambos grupos.

■ MÉTODO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio comparativo observacional sobre dos grupos de pacientes con deterioro cognitivo. Uno de ellos recibía cuidado informal en su domicilio y asistía a un centro de día en Valencia, recogiendo los datos entre enero y marzo del 2016, mientras que el otro grupo recibía atención formal en un centro sociosanitario de Teruel, recogiendo los datos entre marzo y mayo de 2018. En ambos casos, la muestra pertenecía a un entorno rural. Además, ambas provincias, Teruel y Valencia, se encuentran geográficamente próximas y tienen un perfil de población anciana similar tal y como figura en el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁵.

Los pacientes incluidos en el estudio presentaban diagnóstico médico de deterioro cognitivo y fueron evaluados mediante el test MMSE. Además, cumplían los siguientes criterios de inclusión: *a*) eran sujetos con deterioro cognitivo (MMSE 24-26) y *b*) habían firmado el consentimiento informado.

Para la participación en el estudio se obtuvo la autorización de los directores de los centros de día y de la residencia. Además, la investigación fue aprobada por el Comité de Ética para la Investigación Biomédica de la Universidad CEU-Cardenal Herrera.

Los participantes en el estudio fueron identificados a través de los listados proporcionados por los directores de los centros. El propósito del estudio fue informado a los participantes y sus familiares previamente a la firma del consentimiento informado.

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo de conveniencia. No se pudo realizar una estimación de la muestra, ya que no existen estudios previos que permitan calcular el tamaño muestral.

Variables del estudio e instrumentos

Sociodemográficas: sexo, edad (categorizada según De Nicola¹⁶ en: senectud gradual de 60 a 72 años; vejez de 72 a 89 años; gran vejez de 90 años o más), nivel de estudios, estado civil, número de hijos y lugar de residencia (domicilio familiar o centro sociosanitario).

Deterioro cognitivo: hace referencia a una anomalía en la función cognitiva que no provoca una incapacidad notable para realizar las actividades de la vida diaria en la persona afectada. Su medición se realizó mediante el cuestionario MMSE¹⁷. Esta herramienta permite valorar el deterioro cognitivo a través de 30 preguntas sobre diferentes dimensiones: orientación en tiempo y espacio, registro de tres palabras, atención y cálculo, evocación, nominación, comprensión, lectura, escritura y dibujo. Por cada pregunta correcta se otorga un punto. La puntuación total determina el grado de deterioro cognitivo. La interpretación de los resultados es la siguiente: demencia severa, menos de 6 puntos; demencia moderada a severa, 6-9 puntos; demencia leve a moderada, 10-24 puntos; dudoso o posible deterioro, 25-26 puntos; y sin deterioro, 27-30 puntos. El MMSE ha demostrado ser un instrumento fiable. Al medir su fiabilidad test-retest, diversos estudios reportan coeficientes de entre 0,80 y 0,97¹⁸.

Percepción de la salud: implica la sensación de bienestar individual. Para su valoración se utilizó la escala visual analógica (EVA)¹⁹ perteneciente al cuestionario EuroQol (EQ-5D) que se emplea para valorar la CV de forma genérica, y en concreto la autopercepción del estado de salud. La escala es una línea vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). La escala es autocumplimentada por el paciente; para ello, debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la

valoración de su estado de salud global ese día. La EVA presenta una buena confiabilidad test-retest (media ICC = 0,78)²⁰.

Fluidez verbal: es una tarea cognitiva compleja, que se explora de forma habitual en la evaluación neuropsicológica como parte del cribado del deterioro cognitivo en el anciano, ya que se consideran 10 las palabras como corte óptimo para la detección del deterioro cognitivo en la vejez²¹. Se pide al sujeto que genere nombres, dentro de una categoría determinada, tan rápido como le sea posible y en un tiempo limitado, normalmente 1 minuto²². Esta prueba presenta una sensibilidad en el cribado del deterioro cognitivo, que en algunos estudios ha sido del 90% con una especificidad del 94%. La utilización de esta prueba proporciona una mayor información sobre el estado cognitivo de los sujetos participantes en el estudio.

Esperanza de vida: constituye un indicador del estado de salud. Su valoración se midió a través del Índice de comorbilidad de Charlson (ICC)²³, el cual permite evaluar la esperanza de vida a los 10 años en función de la edad y las enfermedades que padece el sujeto. Incluye 19 enfermedades valoradas del 1 al 6, con una puntuación total que varía entre 0 y 37 puntos. Entre las enfermedades contempladas se incluyen algunas como: el infarto de miocardio, la demencia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la úlcera gastroduodenal, la hepatopatía leve o los tumores. La interpretación de los resultados asume la ausencia de comorbilidad (0-1 puntos), la comorbilidad baja (2 puntos) y la comorbilidad alta (≥ 3 puntos). Este índice ha demostrado tener una aceptable confiabilidad interobservador mediante kappa ponderada de 0,82.

Análisis de datos

Todos los datos recogidos a través de los instrumentos fueron introducidos en el programa estadístico SPSS (versión 23,0) por un miembro del equipo investigador.

Para el análisis descriptivo de las variables continuas se realizó la prueba de normalidad a fin de conocer la distribución de los datos obtenidos. Para aquellas variables consideradas normales (significación de la prueba Kolmogorov-Smirnov $> 0,05$), se aplicó en primer lugar la prueba de Levene y posteriormente el test de la *t* de Student para la homogeneidad de las varianzas en muestras independientes y el test de ANOVA para variables independientes con más de dos grupos.

La relación entre variables categóricas se analizó con el test de la χ^2 . También se realizaron análisis de regresión logística binaria a fin de predecir la variable cualitativa lugar de residencia a partir del número de hijos y de la puntuación del ICC. Por último, la relación entre variables cuantitativas se analizó mediante estudios de correlación. Los análisis se realizaron con un intervalo de confianza del 95%, considerándose significativo un resultado con significación bilateral $p < 0,025$ (para la prueba de la χ^2 , el test T de diferencia de medias y las correlaciones) y resultado con significación unilateral $p < 0,05$ (para la prueba ANOVA y la regresión logística binaria).

RESULTADOS

La muestra estuvo formada por 71 sujetos: 44 pertenecientes al grupo atendido en su domicilio y 27 residentes en el centro sociosanitario.

El análisis de las variables sociodemográficas implicó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para la mayoría de ellas. Atendiendo al sexo, y como se puede comprobar en la tabla 1, la mayoría de las mujeres vivía en el domicilio familiar (72,3%), mientras que más de la mitad de los hombres lo hacía en residencias (58,3%) ($p = 0,012$). La edad media de los ancianos del grupo que vivía en el domicilio familiar fue significativamente menor que la de aquellos que vivían en

Tabla 1. Relación entre las variables sociodemográficas y el lugar de residencia

Variables sociodemográficas	Muestra total	Lugar de residencia		Valor de <i>p</i>
		Domicilio familiar	Residencia ancianos	
Sexo ^a	(n = 71)	(n = 44)	(n = 27)	0,012^b
Hombre	24 (33,8%)	10 (41,7%)	14 (58,3%)	
Mujer	47 (66,2%)	34 (72,3%)	13 (27,7%)	
Edad ^b	(n = 71) 82,63 ± 7,42	(n = 44) 80,86 ± 7,78	(n = 27) 85,52 ± 5,85	0,009
Intervalo de confianza: -8,12 - -1,19				
Rango de edad ^a	(n = 71)	(n = 44)	(n = 27)	0,141
Senectud gradual (60-72 años)	5 (7%)	5 (100%)	0 (0%)	
Vejez (72-89 años)	56 (78,9%)	32 (61,5%)	20 (38,5%)	
Gran vejez (≥ 90 años)	10 (14,1%)	7 (50%)	7 (50%)	
Estado civil ^a	(n = 70)	(n = 43)	(n = 27)	0,000
Soltero/a	12 (16,9%)	1 (8,3%)	11 (91,7%)	
Casado/a	22 (31%)	17 (77,3%)	5 (22,7%)	
Viudo/a	36 (50,7%)	25 (69,4%)	11 (30,6%)	
N.º de hijos ^c	(n = 71) 1,87 ± 1,3	(n = 43)	(n = 27)	0,000^e
Coef. B (-1,321)				
Nivel de estudios ^a	(n = 70)	(n = 41)	(n = 27)	0,000
Sin estudios	12 (16,9%)	5 (41,7%)	7 (58,3%)	
Leer y escribir	20 (28,2%)	0 (0%)	20 (100%)	
Básicos	36 (50,7%)	36 (100%)	0 (0%)	
No lo sabe	2 (2,8%)	0 (0%)	0 (0%)	

^a χ^2 : significación si $p < 0,025$. ^bMedia ± desviación estándar. Test *t* para diferencia de medias: significación si $p < 0,025$. ^cRegresión logística binaria: significación si $p < 0,05$. Los valores destacados en negrita son estadísticamente significativos.

residencia (80,9 frente a 85,5 años respectivamente; $p=0,009$). Por otra parte, la soltería se relacionó con el hecho de vivir en una residencia y, en cambio, los estados civiles de casado o viudo se relacionaron con vivir en domicilio familiar ($p=0,000$). Respecto a la media de número de hijos, se evidenció una diferencia significativa ($2,50 \pm 1,02$ hijos en el subgrupo que residía en domicilio familiar, frente a $0,85 \pm 1,06$ de los ancianos que vivían en residencia; $p=0,000$); por ello, se realizó una regresión logística binaria que evidenció que, en cada aumento de 1 hijo por unidad familiar, la probabilidad de vivir en una residencia se reducía un 74% ($1-\text{Exp}(B) = 1-0,267$; $p=0,000$).

La autopercepción del estado de salud fue diferente significativamente en función del lugar de residencia, siendo mejor en la población que vivía en domicilio familiar. Ver tabla 2 y figura 1.

Las enfermedades neurológicas más frecuentes en la población que vivía en domicilio familiar fueron: el deterioro cognitivo leve, la demencia vascular y la mixta. En cambio, la enfermedad de Parkinson fue más frecuente en el subgrupo que vivía en residencia ($p=0,004$). Para el resto de las enfermedades, los porcentajes fueron similares en ambos subgrupos.

Por otra parte, asumiendo la normalidad de datos e igualdad de varianzas, las pruebas de deterioro y funcionamiento cognitivo fueron peores significativamente en el grupo que residía en domicilio familiar que en el que vivía en residencias: MMSE (17,43 puntos frente a 20,52 puntos respectivamente; $p=0,003$) y fluidez verbal (5,32 puntos frente a 8,37 puntos respectivamente; $p=0,000$). Los resultados completos se recogen en la tabla 3 y en la figura 1.

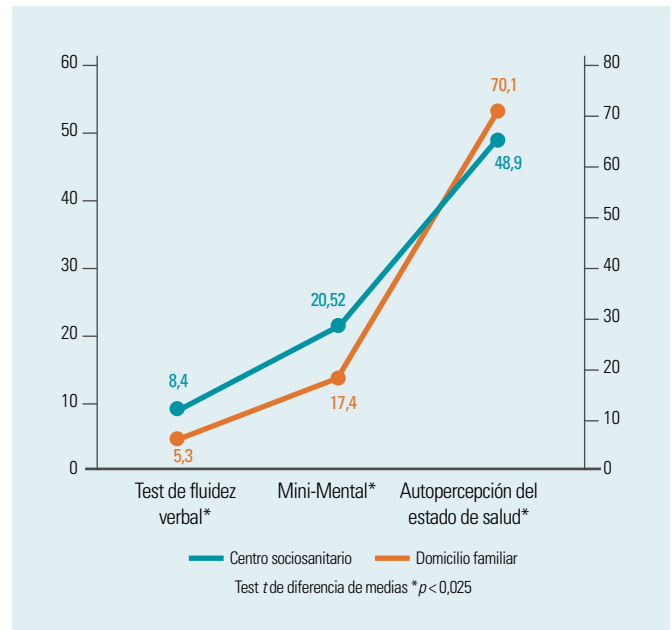


Figura 1. Comparación en el test de fluidez verbal, el test Mini-Mental State Examination y la autopercepción del estado de salud en función del lugar de residencia.

Tabla 2. Diferencia de medias en la autopercepción del estado de salud en función del lugar de residencia

	Lugar de residencia		Intervalo de confianza	Valor de p
	Domicilio familiar	Residencia ancianos		
Autopercepción del estado de salud (EVA) ^a	(n = 43) 70,11 ± 27,548	(n = 27) 48,89 ± 19,871	-5,201 – -0,903	0,00

^aMedia ± desviación estándar. Test t para diferencia de medias: significación si $p < 0,025$. Los valores destacados en negrita son estadísticamente significativos.

Tabla 3. Relación entre las variables médicas y el lugar de residencia

Variables médicas	Lugar de residencia		Intervalo de confianza	Valor de p
	Domicilio familiar	Residencia ancianos		
Enfermedad neurológica ^a	(n = 43)	(n = 27)	—	0,004
Deterioro cognitivo leve	4 (100%)	0 (0%)		
Alzheimer	5 (45,5%)	6 (54,5%)		
Parkinson	0 (0%)	5 (100%)		
Demencia vascular	6 (100%)	0 (0%)		
Demencia mixta	3 (100%)	0 (0%)		
Demencia no filiada	25 (61%)	16 (39%)		
Mini-Mental (cualitativo) ^b	(n = 43)	(n = 27)	—	0,273
Posible o dudoso	3 (42,9%)	7 (57,1%)		
Demencia leve	41 (64,1%)	23 (35,9%)		
MMSE (cuantitativo) ^b	(n = 43) 17,43 ± 4,495	(n = 27) 20,52 ± 3,378	-5,09 – -1,08	0,003
ICC ^b	(n = 43) 5,72 ± 1,15	(n = 27) 4,67 ± 0,78	0,55-1,56	0,274
Test fluidez verbal ^b	(n = 43) 5,32 ± 3,958	(n = 27) 8,37 ± 5,062	9,06-33,39	0,000

^a χ^2 : significación si $p < 0,025$. ^bMedia ± desviación estándar. Test t para diferencia de medias: significación si $p < 0,025$. Los valores destacados en negrita son estadísticamente significativos. ICC: Índice de comorbilidad de Charlson; MMSE: Mini-Mental State Examination.

■ DISCUSIÓN

A pesar de la complejidad que supone el concepto de CV, cada vez son más los estudios que lo consideran un parámetro adecuado para evaluar la atención de pacientes con alteración cognitiva²⁴. En nuestro estudio, al igual que en otras investigaciones^{7,8}, el estado cognitivo de los participantes ha permitido su autoevaluación de manera fiable.

El principal resultado de nuestro trabajo, coincidente con el estudio de Nikmat et al.²⁵, muestra que existe una relación significativa entre el estado de salud autopercebido y el lugar de residencia. Los sujetos que residen en el domicilio presentan una autopercepción de su estado de salud mejor que aquellos que residen en el centro sociosanitario.

Es preciso continuar profundizando en las razones que justifican este resultado. Sin embargo, teniendo en cuenta los trabajos hasta ahora publicados, cabe destacar que el apoyo familiar que estas personas reciben en el domicilio pueda estar teniendo un efecto superior a las relaciones sociales. Ejemplo de ello es el estudio de Cava y Musitu²⁶ donde se evidencia que los ancianos no institucionalizados tienen mayor autoestima familiar. Por su parte, Maseda et al.²⁷ encontraron que la interacción social en el domicilio es más reducida que en la residencia porque el cuidador principal, si es un familiar, a menudo trabaja fuera de casa y cuando se trata del cónyuge, tiene su propia comorbilidad.

Respecto al estado cognitivo, llama la atención que las puntuaciones más bajas en el MMSE se hayan dado en los sujetos que residen en el domicilio. Los resultados reportados por nuestra investigación concuerdan con el realizado por Rodríguez²⁸ con ancianos institucionalizados, donde se obtuvo una puntuación media de $14,71 \pm 9,73$. Esto podría deberse a las actividades de estimulación cognitiva que se realizan en los centros sociosanitarios.

En relación con la comorbilidad, el ICC indica una comorbilidad alta. Este resultado coincide con los reportados por el estudio de Hamid et al.²⁹ que concluye que la probabilidad de deterioro cognitivo es mayor en sujetos con diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardíaca, enfermedad cerebral y depresión.

Por otra parte, en la presente investigación, la comorbilidad no presenta diferencias significativas respecto al lugar de residencia, ni la pluriopatología influye en la institucionalización de los pacientes, a pesar de que, tanto la comorbilidad como los síndromes geriátricos, contribuyen al desarrollo de la fragilidad, ocasionando una disminución acumulativa de múltiples funciones fisiológicas, que además puede asociarse a caídas, discapacidad y hospitalización, y que pueden afectar significativamente a la CV de un paciente³⁰.

Según los últimos datos del INE¹⁵, en España en el año 2015 existía una población de 47 265 321 habitantes. La población mayor de 65 años representaba el 17,6% de la población total, mientras que la población mayor de 80 representaba el 5,3%. La edad supone un factor sociodemográfico relacionado directamente con el deterioro cognitivo, que además tiene importantes implicaciones en la asistencia sanitaria³¹. En nuestro estudio, la media de edad de los participantes fue de $82,6 \pm 7,4$ años. En un contexto similar, Rodríguez²⁸ obtuvo una muestra similar de participantes con una media de $85,57 \pm 6,73$ años. Sin embargo, en estudios internacionales como los de Tay et al.³¹, la media de edad fue de $76,8 \pm 6,9$ para población asiática, diferencia que puede deberse al envejecimiento poblacional actualmente presente en nuestro país.

Por otro lado, hemos podido observar que la edad influye en el lugar de residencia. Las personas de mayor edad se encuentran con mayor frecuencia institucionalizadas. Resultado esperado debido a que uno de los criterios de institucionalización de las personas mayores es la edad³².

Es lógico pensar que a medida que envejece el sujeto participante en el estudio también lo hace su entorno, entendido este como la red de cuidado informal que daría soporte al sujeto en su domicilio.

Respecto a la variable del sexo, nuestra muestra está constituida en su mayoría por mujeres, concordando así con la investigación de De Nicola P¹⁶ que indica que las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar demencia que los hombres. Además, en nuestra investigación, el sexo se relaciona con el lugar de residencia; al igual que en el trabajo de Vázquez et al.³³, las mujeres permanecen con mayor frecuencia en el domicilio; resultado explicable por el hecho de que las mujeres suelen tener mayor soporte social.

Respecto al nivel de estudios, nuestra muestra presenta un nivel bajo que podría estar relacionado con el origen rural de los participantes. Según relatan algunos de ellos, en aquellas generaciones lo habitual era incorporarse al trabajo de forma temprana, concretamente en actividades rurales. Diferentes estudios^{34,35} describen una estrecha relación entre envejecimiento, el nivel educativo y el deterioro cognitivo, sugiriendo que la educación podría actuar como factor modulador del rendimiento cognitivo tanto en el envejecimiento normal como en el patológico. En el estudio de Rodríguez²⁸ realizado con población española, el 65,8% de participantes no tenía estudios o no había finalizado la educación primaria, lo que concuerda con las características de nuestra muestra. Por otra parte, son pocos los estudios que abordan la relación entre CV y el nivel de estudios; en nuestro caso, los resultados indican que existe relación entre ambas variables, lo que discrepa de lo expuesto por Vázquez³³, quien eleva que la CV depende en mayor medida de variables psicológicas y de aquellas relacionadas con el tipo de personalidad.

En relación con el número de hijos, nuestros resultados, al igual que los del trabajo de Vázquez et al.³³, muestran que tener más hijos disminuye el riesgo de ingreso en una residencia. Estos datos pueden deberse al hecho de que compartir el cuidado conlleva un menor riesgo de sobrecarga del cuidador y claudicación familiar.

Por último, en relación con el estado civil, la investigación de Folle et al.³⁵ respalda nuestros resultados, donde ser soltero incrementa el riesgo o incluso es considerado un factor predictor de institucionalización debido a la falta de cuidado informal y redes de apoyo en el domicilio.

■ CONCLUSIÓN

Los sujetos que residen en el domicilio presentan una autopercepción de su estado de salud mejor que aquellos que residen en el centro sociosanitario, pese a que su estado cognitivo muestra peores resultados.

En el domicilio, los sujetos son de menor edad, principalmente mujeres viudas o casadas y con más de dos hijos, mientras que el perfil de residentes en centros sociosanitarios estaba formado por personas de mayor edad, principalmente hombres solteros ■

Limitaciones

La principal limitación es la transversalidad del estudio; una evaluación longitudinal permitiría a los investigadores analizar estas relaciones introduciendo el factor tiempo como variable mediadora para así comprender mejor su relación causal. Por otra parte, los pacientes que residen en su domicilio acuden a centros de día, por lo que esto puede generar dudas con respecto al perfil de los sujetos que no utilizan este recurso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Pena-Longobardo LM, et al. Spain: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2018;20(2):1-179.
- Moyle W, Murfield J, Griffiths S. Care staff attitudes and experiences of working with older people with dementia. *Australas J Ageing*. 2011;30(4):186-90.
- WHO Quality of Life Assessment Group. ¿Qué calidad de vida? [Internet] Grupo de la OMS sobre la calidad de vida; 1996 [citado 27 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Martín-Fernández J, Ariza-Cardiel G, Polentinos-Castro E, Sanz-Cuesta T, Sarria-Santamera A, Del Cura-González I. Explaining differences in perceived health-related quality of life: a study within the Spanish population. *Gac Sanit*. 2018;32(5):447-53.
- Kasai M, Meguro K. Patients with Very Mild Dementia May Confuse Objective Cognitive Impairments With Subjective Physical Health of Quality of Life: The Tome City Project in Japan. *Front Psychol*. 2018;12(9):533.
- Martín-Fernández J, Ariza-Cardiel G, Polentinos-Castro E, Sanz-Cuesta T, Sarria-Santamera A, Del Cura-González I. Explaining differences in perceived health-related quality of life: a study within the Spanish population. *Gac Sanit*. 2018;32(5):447-53.
- Hallikainen I, Hänninen T, Fraunberg M, Hongisto K, Välimäki T, Hiltunen A, et al. Progression of Alzheimer's disease during a three-year follow-up using the CERAD-NB total score: Kuopio ALSOVA study. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(8):1335-44.
- Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med*. 2002;64(3):510-9.
- Beerens HC, Zwakhalen SM, Verbeek H, Ruwaard D, Hamers JP. Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(9):1259-70.
- Geschke K, Fellgiebel A, Laux N, Schermuly I, Scheurich A. Quality of life in dementia: impact of cognition and insight on applicability of the SF-36. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21(7):646-54.
- Selwood A, Thorgrimsen L, Orrell M. Quality of life in dementia a one-year follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(3):232-7.
- Missotten P, Yliff M, Di Notte D, Paquay L, De Lepeleire J, Buntinx F, et al. Quality of life in dementia: a 2-year follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(12):1201-7.
- León-Salas B, Olazarán J, Cruz-Orduña I, Agüera-Ortiz L, Dobato JL, Valentí-Soler M, et al. Quality of life (QoL) in community-dwelling and institutionalized Alzheimer's disease (AD) patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;57(3):257-62.
- Nikmat AW, Hawthorne G, Al-Mashoor SH. Quality of life in dementia patients: nursing home versus home care. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(10):1692-700.
- Demografía y Población [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; 2016 [citado 27 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
- De Nicola P. Fundamentos de gerontología y geriatría. Barcelona: Jims; 1979.
- Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the clinician. *J Psychiatr Res*. 1999;12(3):189-98.
- Pérez G. Análisis multivariante de las características psicométricas del Mini-Mental State Examination (MMSE) [TFM]. Universidad de Salamanca; 2015.
- Rabin R, Charro FD. EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001;33(5):337-43.
- Gudex C, Dolan P, Kind P, Williams A. Health state valuations from the general public using the visual analogue scale. *QualLife Res*. 1996;5(6):521-31.
- Pérez-Díaz A, Calero M, Navarro-González E. Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida. *Rev Neurol*. 2013;56(1):1-7.
- Fernández T, Ríos C, Santos S, Casadevall T, Tejero C, López-García E, et al. Cosas en una casa", una tarea alternativa a "animales" en la exploración de la fluidez verbal semántica: estudio de validación. *Rev Neurol*. 2002;35(6):520-3.
- Chaudhry S, Jin L, Meltzer D. Use of a self-report-generated Charlson Comorbidity Index for predicting mortality. *Med Care*. 2005;43:607-15.
- Mejía RH, López JF, García IR, Espinar AC. Calidad de vida y enfermedades neurológicas. *Neurología*. 2002;16:30-7.
- Nikmat AW, Hawthorne G, Al-Mashoor SH. Quality of life in dementia patients: nursing home versus home care. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(10):1692-700.
- Cava MJ, Musitu G. Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 2000;10(4):215-21.
- Maseda A, Baló A, Lorenzo-López L, Lodeiro-Fernández L, Rodríguez-Villamil JL, Millán-Calenti JC. Cognitive and affective assessment in day care versus institutionalized elderly patients: a 1-year longitudinal study. *Clin Interv Aging*. 2014;9:887-94.
- Rodríguez-Blázquez C, Martín-García S, Frades-Payo B, París MS, Martínez-López I, Forjaz MJ. Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89(1):51-60.
- Hamid TA, Krishnaswamy S, Abdullah SS, Momtaz YA. Sociodemographic risk factors and correlates of dementia in older Malaysians. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;30:533-9.
- Kane RA, Kling KC, Bershadsky B, Kane RL, Giles K, Degenholtz HB, et al. Quality of life measures for nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(3):240-8.
- Tay L, Chua KC, Chan M, Lim WS, Ang YY, Koh E, et al. Differential perceptions of quality of life (QoL) in community-dwelling persons with mild-to-moderate dementia. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(8):1273-82.
- Bravell ME, Stig B, Malmberg B, Sundström G. Sooner or later? A study of institutionalization in late life. *Aging Clin Exp Res*. 2009;21(4-5):329-37.
- Vázquez OS, Vázquez MS. La influencia de las variables sociodemográficas en la calidad de vida analizadas con el whoqol-bref. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*. 2015;21:4.
- Arlt S, Hornung J, Eichenlaub M, Jahn H, Bullinger M, Petersen C. The patient with dementia, the caregiver and the doctor: cognition, depression and quality of life from three perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23:604-10.
- Folle AD, Shimizu HE, Naves de O. Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):81-7.