

# Calidad de vida subjetiva en personas de 65 a 74 años y la influencia del género

Laura Moreno, Eva Espildora, Maite Arriola, Javier Alonso y Ramón Orueta

Centro de Salud "Sillería"  
(Toledo). Gerencia de Atención  
Primaria de Toledo. Toledo  
(España)

Correspondencia: Ramón  
Orueta Sánchez.  
Dirección postal: Centro de  
Salud de Sillería.  
Gerencia de Atención Primaria  
de Toledo. C/ Sillería, 2. C.P.  
45001. Toledo.  
Correo electrónico:  
rorueta@gmail.com

Recibido el 6 de abril de 2019.  
Aceptado para su publicación el  
22 de mayo de 2019

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la percepción de calidad de vida (CV) en la población de entre 65 y 75 años y su relación con distintas variables.

**Diseño:** Observacional, analítico, corte transversal.

**Emplazamiento:** Atención Primaria. Ámbito urbano.

**Participantes:** Pacientes de 65 a 75 años de edad. Tamaño muestral calculado para nivel de confianza del 95 %, precisión del 1 %, desviación estándar del 10 %, y asumiendo un porcentaje de pérdidas del 15 %. Muestreo sistemático por listado.

**Mediciones Principales:** Se incluyeron la edad, sexo, comorbilidades, número de fármacos, hábitos tóxicos y CV percibida por los pacientes (cuestionario SF-36 versión 2).

**Resultados:** Se incluyeron 423 personas, con un 54,6 % de mujeres. La percepción global de salud fue calificada como "buena-muy buena" en un 80,6 % (IC95 % 76,8-84,4), "regular" en un 16,2 % (IC95 %: 12,7-19,7) y como "mala-muy mala" en un 3,2 % (IC95 %: 1,5-4,9). Comparada con el año previo, referían tener "mejor salud" el 11,6 % (IC95 %: 8,5-14,7), "igual salud" el 66,2 % (IC95 %: 61,7-70,7) y "peor salud" el 22,2 % (IC95 %: 18,2-26,2). La puntuación media en la esfera física fue de 50,84 (IC95 %: 50,15-51,53) y en la esfera psíquica de 54,11 (IC95 %: 53,15-55,07). Se realizó un estudio multivariante con aquellas variables asociadas a una peor percepción de calidad de vida en el análisis bivariante, y se encontró que el deterioro percibido en las esferas física y mental fue mayor entre las mujeres ( $p < 0,01$ ). Patologías cardíaca ( $p < 0,05$ ), digestiva ( $p < 0,05$ ) y reumatológica ( $p < 0,01$ ), y el mayor consumo de fármacos ( $p < 0,05$ ) se relacionaron con una peor percepción de la salud en su esfera física y la patología psiquiátrica con un mayor deterioro percibido en la esfera mental ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** CV en consonancia con poblaciones similares, con tendencia al declive. Sexo femenino, obesidad, mayor consumo de fármacos y presencia de patologías digestiva, cardíaca, reumatológica o psiquiátrica se relacionaron con una peor percepción de CV.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de Vida. Geriatria. Género.

## ABSTRACT

### Subjective quality of life in people aged 65-74 and the influence of gender

**Objective:** To know the perception of quality of life (QoL) in the population between 65 and 75 years of age, and its relationship to different variables.

**Design:** Observational, analytical, cross-sectional study.

**Location:** Primary care. Urban area.

**Participants:** Patients aged 65 to 75. Sample size calculated for a 95% confidence level, a precision of 1%, a standard deviation of 10%, and assuming a loss rate of 15%. Systematic sampling by listing

**Main measures:** Age, sex, comorbidities, number of drugs, toxic habits, and patient-perceived QoL (SF-36 questionnaire version 2) were included.

**Results:** 423 patients were included, 54.6 % women. The overall perception of health was classified as "good-very good" by 80.6 % (95%CI, 76.8-84.4), "fair" by 16.2 % (95%CI, 12.7-19.7), and "bad-very bad" by 3.2 % (95%CI, 1.5-4.9). Compared to the previous year, 11.6 % (95%CI, 8.5-14.7) said to have "better health", 66.2 % (95%CI, 61.7-70.7) "same health", and 22.2 % (95%CI, 18.2-26.2) "poorer health". The average score in the physical sphere was 50.84 (95%CI, 50.15-51.53) and in the psychological sphere was 54.11 (95%CI, 53.15-55.07).

A multivariate study was carried out with those variables associated with a worse perception of quality of life in the bivariate analysis, and it was found that perceived deterioration in the physical and mental spheres was greater among women ( $p < 0.01$ ). Cardiac ( $p < 0.05$ ), digestive ( $p < 0.05$ ) and rheumatologic ( $p < 0.01$ ) diseases, and increased drug use ( $p < 0.05$ ) were related to a poorer perception of health in physical terms, whereas psychiatric disorders were related to a greater perceived deterioration in mental terms ( $p < 0.01$ ).

**Conclusions:** QoL in line with similar populations, on a declining trend. Female sex, obesity, increased drug use, and presence of digestive, cardiac, rheumatologic or psychiatric diseases were connected with a poorer perception of QoL.

**KEY WORDS:** Life quality. Gender. Geriatrics.

## INTRODUCCIÓN

Desde mediados del siglo pasado se viene produciendo un creciente envejecimiento de la población y ello determina que cada vez exista un mayor porcentaje de la población con edad avanzada<sup>1,2</sup>. De forma clásica los servicios sanitarios de las personas de mayor edad se centraban en actuaciones encaminadas hacia la mejora de indicadores clásicos como la reducción de la morbimortalidad y aumento de la esperanza de vida en este grupo de población, pero en las últimas décadas cada vez van adquiriendo más importancia, lo que lleva a prestarles más atención y esfuerzos, aspectos como la capacidad funcional y la calidad de vida<sup>3,4</sup>.

El concepto de calidad de vida es multidimensional, incluyendo aspectos personales como salud, autonomía, economía o satisfacción con la vida, aspectos sociales como redes de apoyo no formales, servicios sociales o situación política...; y su definición ha ido evolucionado desde las definiciones clásicas que se centraban en aspectos objetivos a definiciones que incorporan aspectos subjetivos del paciente. Una definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”<sup>5</sup>. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es definida como la percepción de su salud expresada por el paciente en aspectos relacionados con su salud en general y en sus dimensiones física, psíquica y social<sup>6</sup>.

Dado el interés del tema, en las últimas décadas se han desarrollado distintas herramientas para evaluar dicha CVRS, siendo los más conocidos y empleados los cuestionarios *Nottingham Health Profile* (NHP)<sup>7</sup>, *EuroQol-5D* (EQ-5D)<sup>8</sup>, *SF-36 Health Survey*<sup>9</sup>, o *Sickness Impact Profile* (SIP)<sup>10</sup>, todos ellos instrumentos genéricos de evaluación que reflejan el punto de vista del paciente. Pueden ser utilizados en población general y son útiles para la comparación del estado de salud de pacientes con distintas patologías. La CVRS ha sido relacionada con variables sociodemográficas (edad, sexo, convivencia...) y de morbilidad (número de patologías y número, medicación, capacidad funcional...) <sup>11,12</sup>.

En este marco, se presenta esta investigación cuyos objetivos principales son conocer la CVRS de las personas entre 65 y 74 años de edad y si la variable género influye en dicha CVRS.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. El emplazamiento fue un centro de salud urbano. La población diana estaba compuesta por el universo de la población de entre 65 y 74 años de edad, ambos inclusive, asignada al Centro de Salud “Sillería” (Toledo). El único criterio de exclusión fue la negativa del paciente a participar en el estudio, una vez explicado el objetivo

del mismo y las actuaciones a realizar en caso de aceptar participar. El tamaño muestral fue calculado para una precisión del 1 %, un nivel de confianza del 95 % y unas pérdidas/rechazos esperados del 15 %, obteniéndose una muestra necesaria de 343 personas. La muestra fue obtenida por muestreo sistemático (1 cada 3) del listado de personas adscritas al centro de salud ordenado por edad y cuya edad estaba comprendida entre 65 y 74 años.

Las variables recogidas fueron:

- Variables sociodemográficas: edad y sexo.
- Patologías concomitantes: Presencia o ausencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y obesidad) y de enfermedades crónicas. Además, se anotó como variable el número de patologías crónicas concomitantes existentes.
- Medicamentos consumidos: Se identificaron los fármacos consumidos y el número de los mismos.
- Cuestionario SF36.v2: consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones (Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud), en dos esferas (física y psíquica) e incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior, estando validado al castellano<sup>9,13,14</sup>.

En cuanto a la recogida de datos, se tomó la información de la historia clínica del paciente durante la entrevista personal realizada con el paciente, tras la aceptación del mismo de su participación en el estudio. Además, durante dicha entrevista se administró el cuestionario SF36.v2. Dicha entrevista se realizó durante el primer cuatrimestre de 2017.

Respecto al análisis estadístico, los datos recogidos fueron introducidos en una base de datos diseñada para tal fin y fueron analizados, previa depuración de los mismos, a través del programa estadístico SPSS. El estudio descriptivo de las variables se realizó mediante distribución de frecuencias para variables cualitativas, y de medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, calculándose los intervalos de confianza al 95 % (IC95 %) para las variables principales. El estudio de las posibles asociaciones entre las variables dependientes (CVRS según género) y el resto de variables se realizó a través de pruebas de comparación de medias en grupos independientes (t de Student y ANOVA), chi-cuadrado y análisis de correlaciones (Rho de Spearman). Posteriormente se realizó un análisis multivariante a través de regresión lineal múltiple para eliminar variables de confusión.

## RESULTADOS

Finalmente fueron incluidos un total de 423 personas (superior a la muestra teórica calculada), con una edad media de 68,9 años (DE: 2,9), siendo el 51,8 % mujeres. De media estaban diagnosticados de 3,9 (DE: 2,0) patologías crónicas y tomaban 4,2

(DE: 3,1) medicamentos de forma crónica.

La percepción global de su salud fue expresada como buena o muy buena por el 80,5 % (IC95 %: 76,8-84,4 %), como regular el 16,2 % (IC95 %: 76,8-84,4 %) y como mala o muy mala por el 3,2% (IC95 %: 1,58-4,9 %). El 66,2 % (IC95 %: 61,7-70,7 %) expresaron no haber sufrido modificación en dicha CVRS en el último año, el 22,2 % (IC95 %: 18,2-26,2 %) que había empeorado y el 11,6 % (IC95 %: 8,5-14,6 %) que había mejorado.

La puntuación en la esfera psíquica (54,1; IC95 %: 53,1-55,1) fue ligeramente superior a la expresada en la esfera física (50,8; IC95 %: 50,2-51,5). La puntuación obtenida en las ocho dimensiones estudiadas aparece recogida en la tabla 1; las que obtuvieron peor puntuación fueron salud general (48,3) y dolor (49,9), y las que obtuvieron mejor puntuación vitalidad (59,6) y función social (54,3).

Disgregados por sexos, mujeres y hombres eran comparables en edad media (69,0 vs 68,8 años;  $p>0,05$ ), número de patologías crónicas (3,9 vs 3,9;  $p>0,05$ ) y de número fármacos consumidos (4,1 vs 4,5;  $p>0,05$ ). La tabla 2 muestra la prevalencia de las distintas patologías crónicas padecidas disgregadas por genero, presentando las mujeres mayor prevalencia de patología reumática (54,7 % vs 31,2 %;  $p<0,01$ ) y psiquiátrica (24,1 % vs 9,6 %;  $p<0,05$ ).

Las mujeres indicaron peores puntuaciones que los hombres en las esferas psíquica (51,8 vs 56,9;  $p<0,01$ ) y física (49,3 vs 52,9;  $p<0,01$ ), en los 8 dimensiones específicas estudiadas en el SF36.v2 (tabla 3). Realizado un análisis multivariante, incluyendo como posibles factores de confusión las patologías reumática y psiquiátrica, las mujeres continuaban presentando peor CVRS que los hombres de forma significativa tanto en la esfera física como en la psíquica (tabla 4).

Esferas		Media	IC 95 %
Dimensiones físicas	<b>Esfera física total</b>	50,8	50,2 – 51,5
	Función física	50,7	50,0 – 51,4
	Rol físico	53,7	53,1 – 54,3
	Dolor	49,9	48,8 – 51,0
	Salud general	48,3	47,4 – 49,2
Dimensiones psíquicas	<b>Esfera Psíquica total</b>	54,1	53,1 – 55,1
	Vitalidad	59,6	58,6 – 60,6
	Función social	54,2	53,5 – 54,9
	Rol emocional	51,6	50,7 – 52,5
	Salud mental	51,2	50,1 – 52,3

**Tabla 1.** Puntuaciones totales SF36.v2

Patología	Hombres	Mujeres	S.E.
<b>Hipertensión arterial</b>	64,7 %	58,6 %	N.S.
<b>Diabetes mellitus</b>	22,3 %	17,5 %	N.S.
<b>Dislipemia</b>	56,6 %	57,1 %	N.S.
<b>Obesidad</b>	33,3 %	37,5 %	N.S.
<b>Pat. Cardiovascular</b>	22,0 %	15,2 %	N.S.
<b>Pat. Pulmonar</b>	16,1 %	10,1 %	N.S.
<b>Pat. Neurológica</b>	8,5 %	12,5 %	N.S.
<b>Pat. Psiquiátrica</b>	9,6 %	24,1 %	$p < 0,01$
<b>Pat. Reumática</b>	31,2 %	54,7 %	$p < 0,01$

**Tabla 2.** Prevalencia de patologías según género. S.E.: Significación estadística. N.S.: No significativo

Esferas		Hombres	Mujeres	S.E.
<b>Dimensiones físicas</b>	<b>Esfera física total</b>	52,9	49,3	p < 0,01
	Función física	52,7	49,3	p < 0,01
	Rol físico	54,8	52,7	p < 0,01
	Dolor	54,2	46,7	p < 0,01
	Salud general	50,4	46,6	p < 0,01
<b>Dimensiones psíquicas</b>	<b>Esfera Psíquica total</b>	56,9	51,8	p < 0,01
	Vitalidad	63,0	56,8	p < 0,01
	Función social	55,7	52,9	p < 0,01
	Rol emocional	54,1	49,5	p < 0,01
	Salud mental	54,3	48,7	p < 0,01

**Tabla 3.** Puntuaciones SF36.v2 por género. S.E.: Significación estadística

<b>Variables asociadas a SF36.v2 - Esfera física</b>				
Variable	B	Error standard	t	p
Constante	56,823	1,064		
Sexo	- 2,453	0,688	- 3,566	p<0,01
Pat. Psiquiátrica	- 0,254	0,877	- 0,290	N.S.
Nº patologías	- 4,676	0,678	- 6,901	p<0,01

  

<b>Variables asociadas a SF36.v2 - Esfera Psíquica</b>				
Variable	B	Error standard	t	p
Constante	61,424	1,473		
Sexo	1.3,894	0,952	- 4,091	p<0,01
Pat. Psiquiátrica	2.9,577	1,214	- 7,888	p<0,01
Pat. Reumática	0,748	0,938	0,797	N.S.

**Tabla 4.** Análisis multivariante. N.S.: No significativo

## DISCUSIÓN

La mejora de la CVRS en personas mayores debe ser uno de los objetivos principales de las intervenciones sanitaria y su valoración debería formar parte de la práctica clínica diaria<sup>3,4,15</sup>. Entre los distintos instrumentos genéricos de medida de la CVRS existentes nosotros nos inclinamos por la utilización del cuestionario SF36 porque, además de ser ampliamente utilizado tanto en publicaciones internacionales como nacionales, la evaluación de la versión española ha demostrado que se trata de un cuestionario válido, fiable y consistente con la versión original<sup>16</sup> y su versión 2 (SF36.v2) mejora,

respecto a la versión inicial, las características de algunas de las dimensiones estudiadas<sup>17</sup>.

Un alto porcentaje de los ancianos entrevistados en nuestro estudio consideran su salud como buena o muy buena y los datos obtenidos en las 8 dimensiones que investiga el cuestionario SF36.v2 dan puntuaciones en esta misma línea. Estos datos son mejores que los obtenidos en otros estudios realizados en nuestro entorno<sup>10,11,17,18</sup>, pero hay que recordar que el presente estudio solo incluye a personas entre 65 y 74 años de edad, lo que podríamos denominar "anciano joven", mientras que el resto de estudios incluyen también personas



con edades superiores, y existen múltiples investigaciones que permiten evidenciar que la calidad de vida va empeorando a medida que la edad de las personas aumenta<sup>11,18,20,21</sup>. Si los comparamos con los resultados de los valores de referencia del cuestionario en población española mayor de 60 años, las puntuaciones obtenidas en nuestro estudio son peores que los existentes en dicho valores de referencia para los tramos de edad incluidos en nuestro estudio<sup>22</sup>.

Diversos estudios realizados en nuestro entorno ponen en evidencia que las mujeres acuden a consulta con mayor frecuencia que los hombres<sup>23-25</sup>, y esto puede estar en relación con una peor salud objetiva y subjetiva y con una peor CVRS. Los datos de nuestro estudio muestran que las mujeres expresan peor CVRS que los hombres en todas las dimensiones estudiadas por el SF36.v2, y estos datos son consistente con los resultados obtenidos en diversos estudios realizados en nuestro entorno<sup>11,22,26-32</sup>.

Una primera aproximación a esta peor CVRS en las mujeres podría hacer pensar que se debe a las patologías padecidas, al ser conocido que el aumento de morbilidad genera peor calidad de vida<sup>33,34</sup>. En nuestro estudio las mujeres presentan mayor prevalencia de patologías reumáticas y psiquiátricas y ambos grupos de patologías se han asociado con una peor CVRS<sup>35-37</sup>, pero el análisis multivariante realizado en el estudio permite decir que la peor calidad de vida en mujeres es, al menos en parte, independiente de estas patologías, lo que hace que dicha percepción puede estar influida por otros factores. En este sentido, diversos autores han planteado distintas hipótesis sobre los factores que podrían estar influyendo en esta peor percepción; mayor exposición a problemas emocionales, menor nivel educativo y/o económico, menor apoyo social, menores oportunidades de mejora de su calidad de vida, mayor exposición a la soledad, mayor aceptación social de sus quejas, inactividad...<sup>23,25,38-41</sup>.

Concluimos que la mayoría de personas de este tramo de edad expresan que su CVRS es buena y que las mujeres presentan peor CVRS, y esto no parece explicarse únicamente por aspectos de salud objetivables.

## BIBLIOGRAFIA

- United Nations. Department. of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision. United Nations. New York. 2017.
- INE. Estimaciones de la población actual. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es> [consultado 16 de septiembre de 2018].
- Fernández-López JA, Hernández-Mejía R. Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. *Med Clin (Barc)*. 1993;101:576-8.
- Dechx L, van den Akker M, Daniels L, de Jorge E, Bulens P, Tijan-Hejinen V, et al. Geriatric screening tools are of limited value to predict decline in functional status and quality of life: results of a cohort study. *BMC Family Practice*. 2015;16:30.
- WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument. *Qual Life Res*. 1993;2:153-9.
- Naughton MJ, Shumaker SA, Anderson RT, Czajkowski SM. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. In: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* 1996;15:117-31.
- Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med A*. 1981;15:221-9.
- EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16:199-208.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
- Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*. 1981;19:787-805.
- Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:167-73.
- Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Fernando Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:683-9.
- Ware JE Jr, Gandek B. Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:945-52.
- Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6.
- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Eng J Med*. 1996; 334: 835-40.
- Vilaguta G, Ferrera M, Rajmil L, Rebolloc P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM y cols. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19:135-50.
- Ware JE Jr, Kosinski M, Dewey JE. How to score version 2 of the SF-36 Health Survey. Lincoln RI: Quality Metric Incorporated; 2000.
- Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó F, Casajuana J, Vila MA, et al. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 1996; 17:273-80.
- Barajas MA, Robledo E, Tomás N, Sanz T, García P, Cerrada I. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*. 1998; 72:221-31.
- Michelson H, Bolund C, Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Qual Life Res*. 2000;9:1093-104.
- Heyworth IT, Hazell ML, Linehan MF, Frank TL. How do common chronic conditions affect health-related quality of life? *Br J Gen Pract*. 2009;59:e353-8.

22. López-García E, Banegas JR, Pérez-Regadera A, Gutierrez-Fisac J, Alonso J, Rodríguez -Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:568-71.
23. Delgado A. Salud y género en las consultas de atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27: 75-8.
24. Rosa-Jiménez F, Montijano M, Herráiz CI, Zambrana JL. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *An Med Interna (Madrid)* 2005;22:515-9.
25. Pedrera V, Gil V, Orozco D, Prieto I, Schwarz G, Moya I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2005;35:82-8.
26. Lizán-Tudela L, Reig-Ferrer A. Perspectiva del paciente en la evaluación de resultados en atención primaria: la medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Cuadernos de Gestión*. 1998;4:119-3.
27. Seculi E, Fuste J, Brugulat P, Junca S, Rue M, Guillen M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit*. 2001;15:217-23.
28. Meléndez HM, Montero HR, Jiménez SC, Blanco ML. Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Aten Primaria*. 2001;28:91-6.
29. Oliva-Moreno J, Zozaya N, Lopez-Valcarcel BG. Opposite poles: A comparison between two Spanish regions in health-related quality of life, with implications for health policy. *BMC Public Health*. 2010;10:576.
30. König HH, Heider D, Lehnert T, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC, Matschinger H et al. Health status of the advanced elderly in six European countries: results from a representative survey using EQ-5D and SF-12. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:143.
31. Pariente Rodrigo E, García-Garrido AB, Gómez Molleda F, Gálvez Castillo E, González Expósito J, López León I, Rojo Cárdenas P, Sgaramella GA [Health-Related Quality of Life as an Explanatory Variable of Primary Care Consultations: sex Differences]. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89(1):61-73.
32. Navarro E, Calero MD, Calero MJ. Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida. *Eur J Investig Health Psychol.Educae*. 2014;4:267-77.
33. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:51.
34. Fortin M, Dubois MF, Hudon C, Soubhi H, Almirall J. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:52.
35. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Community Health*. 1999; 53: 218-22.
36. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry*. 2007;190:326-32.
37. Rabenda V, Manette C, Lemmens R, Mariani AM, Struvay N, Reginster JY. Prevalence and impact of osteoarthritis and osteoporosis on health-related quality of life among active subjects. *Aging Clin Exp Res*. 2007;19:55-60.
38. Grimby A, Wiklund I. Health-related quality of life in old age. A study among 76-year-old Swedish urban citizens. *Scand J Soc Med*. 1994;22:7-14.
39. Fernández JA, Hernández-Mejía R, Cueto E A. La calidad de vida: un tema de investigación necesario (y II). *Validez y beneficios*. *Med Integral*. 1996; 27:116-21.
40. Hart PD. Sex differences in the physical inactivity and health-related quality of life relationship among rural adults. *Health Promot Perspect*. 2016;6:e185-9.
41. Suominen-Taipale AL, Martelin T, Koskinen S, Holmen J, Johnsen R. Gender differences in health care use among the elderly population in areas of Norway and Finland. A cross-sectional analysis based on the HUNT study and the FINRISK Senior Survey. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:110.