

# Escalas de calidad de vida, dependencia y salud mental de interés en estudios nutricionales de carácter poblacional

Susana Granado de la Orden, Carmen Serrano Zarceño, Susana Belmonte Cortés

Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. España.

## Resumen

*Calidad de vida, dependencia y salud mental* son constructos multidimensionales no observables directamente pero que pueden ser deducidos de manera indirecta a través de indicadores o perfiles generados a partir de cuestionarios. Estos cuestionarios se basan en la validez de la información de percepciones, sentimientos y actitudes que trasmite el encuestado. Por esta razón, esta información es difícil de contrastar y traducir a un sistema de medida.

El empleo de cuestionarios o escalas de valoración rápida de la calidad de vida, dependencia y salud mental, conlleva un proceso dirigido a identificar precozmente a sujetos con problemas específicos para poder instaurar programas de intervención.

Este trabajo revisa las escalas o cuestionarios más empleados en la determinación de estas variables y su relación con el estado nutricional de la población.

Palabras clave: *Calidad de vida. Cuestionarios. Dependencia. Salud mental. Estado nutricional.*

## Introducción

Los avances tecnológicos junto al aumento de la longevidad han producido un cambio en el escenario de la atención sanitaria de manera que enfermedades rápidamente mortales se han convertido en enfermedades crónicas. También han aumentado las situaciones en las que la intervención sanitaria está dirigida a paliar los síntomas y a prevenir complicaciones para recuperar y/o mantener la calidad de vida.

Calidad de vida, dependencia y salud mental son constructos multidimensionales no observables directamente, pero que pueden ser deducidos de manera indirecta a través de indicadores o perfiles generados a partir de cuestionarios. Estos cuestionarios se basan en la validez de la información de percepciones, sentimientos

## QUALITY OF LIFE, DEPENDENCY AND MENTAL HEALTH SCALES OF INTEREST TO NUTRITIONAL STUDIES IN THE POPULATION

### Abstract

*Quality of life, dependency and mental health* are multi-dimensional constructs that cannot be observed directly yet can be deduced in an indirect manner through indicators or profiles generated from questionnaires. These questionnaires are based on the validity of information transmitted by the respondents about perceptions, feelings and attitudes. For this reason, the information is difficult to contrast with and translate to a measuring system.

The use of questionnaires or rapid quality of life and mental health evaluation scales involve a process directed towards an early identification of specific problems so as to establish medical treatment.

This work will review the most commonly used scales or questionnaires in determining these variables and their relationship with the nutritional status of the population.

Key words: *Quality of life. Questionnaires. Personal autonomy. Mental health. Nutritional status.*

y actitudes que trasmite el encuestado, pero esta información es difícil de contrastar y traducir a un sistema de medida.

Al hablar de cuestionarios hablamos con frecuencia de escalas de evaluación, que son los instrumentos que permiten un escalamiento acumulativo de sus ítems dando puntuaciones globales al final de la evaluación. Su carácter acumulativo las diferencia de los cuestionarios de recogida de datos.

Los cuestionarios requieren una serie de propiedades psicométricas que garanticen su fiabilidad y validez y deben permitir valorar la adecuación de la escala al fenómeno objeto de la medición y la calidad de la medida, especialmente cuando el propósito es extrapolar los resultados obtenidos a la población. Por ello, los cuestionarios deben cumplir una serie de características que son<sup>1-2</sup>:

1. Validez de contenido: tanto el cuestionario como los ítems deben ser adecuados para medir lo que se quiere medir. Para ello el cuestionario debe ser sometido a valoración por parte de investigadores y expertos.

Correspondencia: Carmen Serrano Zarceño.  
Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención.  
Dirección General de Atención Primaria.  
Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.  
Madrid. España.  
E-mail: cserranoz@salud.madrid.org

- Componentes y dimensiones deben estar claramente definidos, para que cada uno contribuya al total de la escala de forma independiente.
- Fiabilidad y precisión: los cuestionarios deben ser capaces de ofrecer en su empleo repetido resultados veraces y constantes en condiciones similares de utilización.
- Sensible al cambio: capaz de detectar diferencias en la magnitud del constructo que son cambios en los diferentes individuos y en las respuestas de un mismo individuo a través del tiempo.
- Ha de ser aceptado por los agentes implicados: entrevistador, entrevistado, investigador, etc., en aspectos tales, como el tiempo que se tarda en administrar el cuestionario, capacidad de lectura y comprensión necesarias para poder contestarlos.

### Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Las definiciones encontradas en la bibliografía acerca de CVRS derivan de las definiciones de salud y calidad de vida dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ya en 1948 definió la salud como "un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no sólo como la ausencia de enfermedad"<sup>3</sup>. Posteriormente, en 1994 describió la calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones"<sup>4</sup>. Por tanto, la evaluación de *Calidad de Vida Relacionada con la Salud* se refiere a la forma en que la enfermedad como productora de dolor, disfunción física y malestar, provoca limitaciones o alteraciones en las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y en otros aspectos de la vida diaria de los individuos (fig. 1)<sup>5-6</sup>.

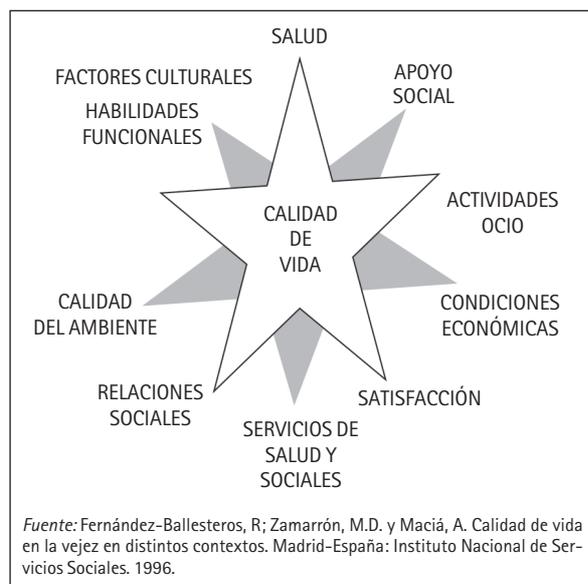


Fig. 1.—Factores que conforman la calidad de vida.

La evaluación de la calidad de vida resulta de gran interés, pero es un concepto difícil de cuantificar objetivamente. Se trata de una medida de resultado centrada en el paciente y representa el impacto que una enfermedad y el tratamiento consiguiente tienen sobre la percepción del paciente de su satisfacción y bienestar físico, psíquico, social y espiritual<sup>7</sup>. La importancia de la CVRS se ha ido incrementando en los últimos años, llegando a ser un objetivo central de la asistencia sanitaria y una medida de resultados en salud "centrada en el paciente".

Para evaluar la CVRS, se debe utilizar un instrumento que evalúe los efectos del estado de salud sobre la vida normal del individuo. Existe la dificultad de intentar cuantificar los efectos sobre la calidad de vida de un grupo poblacional definido con patologías concretas.

Los instrumentos que miden la CVRS son cada vez más utilizados para evaluar procedimientos clínicos, intervenciones terapéuticas y calidad de los cuidados suministrados. Existen diferentes criterios a la hora de clasificar los instrumentos de medida de la CVRS, aunque la más aceptada es la propuesta por Guyatt y cols.<sup>8</sup>, que distingue entre instrumentos genéricos e instrumentos específicos para una enfermedad.

Los instrumentos genéricos pueden ser utilizados en distintos tipos de pacientes o poblaciones con la ventaja de que permite comparar el impacto de diferentes enfermedades sobre la CVRS y determinar los efectos del tratamiento en diferentes aspectos de la CVRS. Son aplicables a una gran variedad de afecciones ya que cubren un amplio espectro de dimensiones de la CVRS. Dentro de los perfiles de salud se incluyen dimensiones genéricas como el estado físico, mental y social.

Como desventaja, al no incluir aspectos específicos para la evaluación de una determinada afección pueden ser poco sensibles a los cambios. Los más utilizados son el SF-36, el EuroQoL-5D. Normalmente la escala de medida va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable).

Los instrumentos específicos, se centran en aspectos propios de una enfermedad o síndrome concreto y tienen la ventaja de ser más sensibles a aspectos de la calidad de vida determinados por efectos de una enfermedad concreta.

En líneas generales, los cuestionarios específicos de medición de la CVRS son más adecuados que los genéricos para medir cambios en la evolución de los pacientes, en especial los ocasionados por los tratamientos, dado que generalmente los instrumentos específicos incluyen preguntas sobre los signos y síntomas que el paciente, con una determinada enfermedad, sufre en distintos grados. La mayoría de los expertos en evaluación de CVRS recomiendan la utilización de instrumentos específicos para cada enfermedad junto con la administración de algún instrumento genérico. Su mayor desventaja es que no permiten comparaciones entre diferentes afecciones<sup>9</sup>.

Las alteraciones del estado nutricional tienen efectos que condicionan de manera importante la calidad de vida del individuo, impidiendo o cuando menos dificultando

tando su desarrollo físico, fisiológico, psicológico y social. Sin embargo, no es fácil encontrar en las publicaciones científicas ninguna aproximación a la medida del impacto que pueden tener estas alteraciones nutricionales sobre la calidad de vida, a no ser las realizadas a partir de cuestionarios genéricos.

La revisión de los instrumentos utilizados con el objetivo de medir el impacto del estado nutricional en la calidad de vida, puso de manifiesto, la dificultad que implica el desarrollo de un instrumento que mida la calidad de vida de los pacientes desnutridos y que además proporcione información de cómo se veía afectada dicha calidad de vida debido a su estado nutricional. Existe la necesidad de disponer de un instrumento que, junto con otros parámetros clásicos, informe del momento más adecuado para iniciar una intervención nutricional o cuando retirarla y además que nos informe si dicha intervención está siendo realmente positiva.

En la bibliografía científica podemos encontrar como una determinada intervención médica aumenta la calidad de vida del paciente, pero en pocas ocasiones, encontramos como esta intervención viene refrendada por una medición de esa calidad de vida<sup>10</sup>.

La carencia de instrumentos específicos para conocer el efecto sobre la CVRS, junto a la necesidad de conocer el impacto de un problema concreto, como es el estado nutricional, obligan a la utilización de varios instrumentos concomitantemente, lo que conduce a una falta de operatividad y a una visión probablemente contaminada por otras variables modificadoras de efecto, presentes en el contexto patológico del paciente, que los cuestionarios genéricos recogen de forma predominante<sup>11</sup>.

Lo ideal sería disponer de un instrumento que, junto con otros parámetros clásicos, informe del momento más adecuado para iniciar una intervención nutricional o cuando retirarla y además que nos informe si dicha intervención ha resultado válida. En una revisión realizada sobre *Evaluación de la calidad de vida relacionada con el estado nutricional*<sup>12</sup>, todos los estudios incluidos en esta revisión y otras publicaciones, ponen de relieve la necesidad de estudiar esta relación con más detalle.

En este sentido, se creó *CaVEN*, cuestionario de calidad de vida relacionada con el estado nutricional, se trata de un cuestionario construido y validado y que mide la calidad de vida percibida en relación con el estado nutricional<sup>13</sup>.

En la elaboración de este instrumento específico para medir la calidad de vida en relación al estado nutricional, fueron entrevistados 14 expertos en nutrición y se realizaron 6 grupos focales hasta conseguir saturar el discurso. En la evaluación de las diferentes versiones del cuestionario participaron 17 jueces, expertos en nutrición clínica, validación de cuestionarios y otras áreas de conocimiento. Después de eliminar y/o reformular los ítems ambiguos, incomprensibles, redundantes o inconsistentes desde el punto de vista teórico, resultó un cuestionario de 26 ítems referidos a 6 dimensiones de salud: Percepción de Salud General (8 ítems), Actividad Física (4 ítems), Actividad Laboral (2 ítems), Estado de

Ánimo (6 ítems), Relaciones Sociales y Familiares (3 ítems), Dolor y/o Malestar (3 ítems).

*CaVEN* se diseñó como cuestionario auto administrado y se redactó para que los sujetos pudieran expresar directamente sus sensaciones y percepciones sobre su calidad de vida, referidas al último mes, de acuerdo a una escala tipo Likert de 1-6.

*CaVEN* mostró reunir las características psicométricas adecuadas para cumplir el cometido propuesto, medir la calidad de vida percibida por los pacientes con diferentes estados de desnutrición. Se puede usar para identificar no solo el nivel de afectación que provocan los diferentes grados de desnutrición sobre la calidad de vida, sino también para evaluar el impacto sobre la calidad de vida de las diferentes intervenciones dirigidas a modificar el estado de nutrición<sup>14</sup>.

El cuestionario *CaVEN* manifestó su capacidad de medir la afectación de la calidad de vida de los sujetos. El *CaVEN* comparado con los otros cuestionarios utilizados como referentes o *Gold Standard* se ha comportado como un instrumento válido y fiable para medir la Calidad de Vida relacionada con el Estado Nutricional.

## Dependencia

Para establecer qué es la dependencia y como se trata de un concepto estrechamente relacionado con la autonomía, es necesario que previamente sean definidos ambos conceptos según las definiciones recogidas en la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia<sup>15</sup>, en la que se indica que:

1. **Dependencia:** *el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.*
2. **Autonomía:** *la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.*
3. **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** *las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.*

De estas definiciones podemos deducir dos fenómenos claros, por un lado como autonomía y dependencia

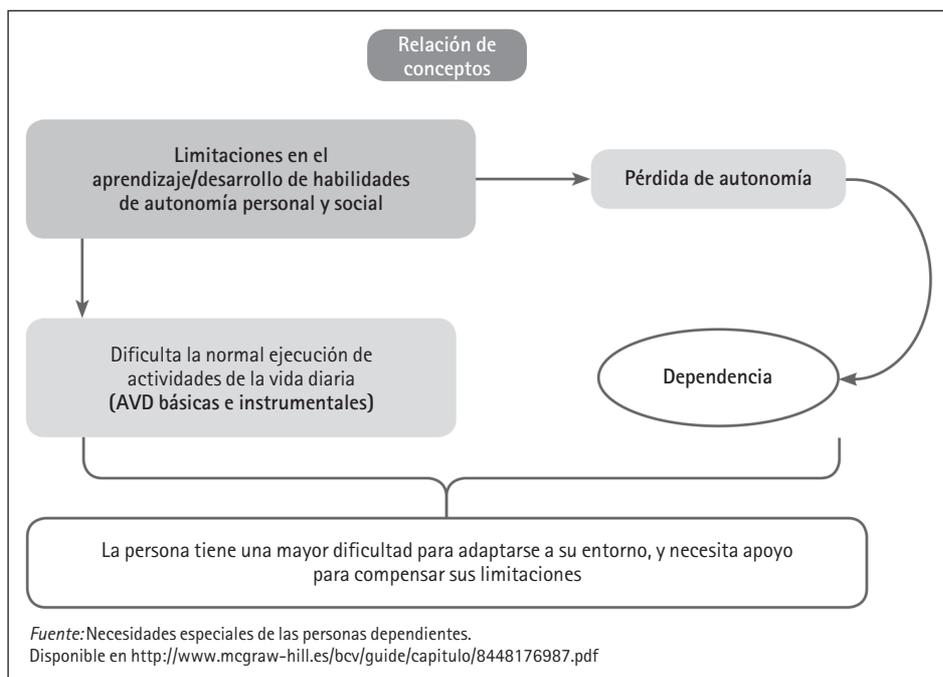


Fig. 2.—Esquema que relaciona los conceptos autonomía y dependencia.

son dos conceptos estrechamente relacionados; la pérdida de autonomía implica dependencia ya que como consecuencia de las limitaciones en el desarrollo de habilidades de autonomía personal y social la persona tiene mayor dificultad para adaptarse a su entorno y por tanto necesita apoyo para compensar sus limitaciones (fig. 2). Y por otro lado como la edad es una variable fundamental existiendo una indudable relación entre ancianidad y dependencia. Las discapacidades y minusvalías en los ancianos originan una pérdida de la autonomía para realizar actividades de la vida diaria, como la compra o preparación de los alimentos, o para alimentarse por sí mismo, con la consiguiente insatisfacción de las necesidades nutricionales diarias y estado de desnutrición<sup>16</sup>. Está fuera de dudas que existe una importante relación entre la conservación de las habilidades, el grado de dependencia y la nutrición. La falta de autonomía en el desarrollo de las ABVD puede afectar de forma significativa al estado nutricional de los pacientes.

El fenómeno de la dependencia, que a su vez está ligado a otro concepto, que es el de la discapacidad, es un tema de alcance mundial, siendo específicamente relevante en los países desarrollados, dado que también son los más envejecidos<sup>17</sup>.

Según la "Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia", de 2008<sup>18</sup>, la tasa de discapacidad en España era de 89,7 discapacitados por cada 1000 habitantes. Este dato nos da una idea del enorme impacto económico de la dependencia, lo que supone un importante problema de Salud Pública que tiene que valorarse desde dos puntos de vista: el sanitario, dado que la discapacidad es consecuencia de una enfermedad o alteración de la salud y requiere asistencia médica y rehabilitación prestada por profesionales sani-

tarios, y el enfoque social que se centra en la integración de estas personas en la sociedad<sup>19</sup>.

La valoración de la discapacidad o dependencia debe centrarse en el estudio de aquellas actividades en las que una persona necesita de otra para su realización, aunque sin perder de vista las deficiencias corporales y el contexto<sup>20</sup>. Por tanto, a medida que queramos obtener mayor sensibilidad y/o especificidad en la valoración de la dependencia, tendremos que ir diferenciando y midiendo los tres componentes; deficiencia, actividades, y ayuda, sin prescindir de ninguno de ellos.

La medición de la dependencia se realiza mediante las escalas de dependencia. Existen multitud de escalas que permiten graduar el grado de dependencia de manera que la OMS, consciente de las dificultades para la valoración y graduación de la dependencia, lleva muchos años desarrollando un instrumento válido, fiable y de interés internacional, que facilite la valoración. Así en la Asamblea Mundial de la Salud del 22 de mayo de 2001 se aprobó la "Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud" (CIF)<sup>21</sup>, presenta una escala genérica para graduar la dependencia en 5 isogrupos acorde a su gravedad.

La tabla I representa las escalas de mayor interés para graduar la dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria así como otras escalas que permiten obtener información detallada de diversos aspectos relacionados íntimamente con la dependencia. El uso de estas escalas podrá ser de utilidad para explorar otros componentes de la dependencia como el "Contexto con el que interactúa".

No se ha encontrado una escala que relacione específicamente la dependencia y el estado nutricional de una persona por lo que sería necesario diseñar y validar un

**Tabla I**  
*Escalas de valoración de la dependencia*

<i>Escalas de dependencia</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Uso</i>	<i>Valoración nutricional</i>
Índice de Barthel*	Valora capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria	Rehabilitación, geriatría e ingresos residenciales	No
Índice de Katz <sup>†</sup>	Valora capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria	Rehabilitación, geriatría	No
Índice de Lawton <sup>‡</sup>	Valora capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria	Rehabilitación, geriatría e ingresos residenciales	No
Mini Nutricional Assessment (MNA) <sup>§</sup>	Evaluación del estado nutricional	Geriatría	Sí
Escala de Norton <sup>  </sup>	Valoración riesgo úlceras por decúbito	Población general hospitalizada	No

\*Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14: 56-61.

†Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-9.

‡Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.

§Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA(R)) Review of the Literature - What Does It Tell Us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 466-87.

||Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital. London: Churchill Livingstone; 1962: 193-224.

Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. *Decubitus* 1989; 2: 24-31 (erratum 1989; 2: 10).

instrumento que valore el estado nutricional en relación con la dependencia.

## Salud mental

La dimensión positiva de la salud mental hace referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad, abarca la auto-estima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia. La salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad siendo mucho más que la ausencia de enfermedad, ya que tiene un valor en sí misma<sup>22</sup>. El grado de salud mental se relaciona con la capacidad para enfrentarse y superar las adversidades de la vida sin perder el equilibrio emocional.

En España, según la "Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD, 2008)"<sup>18</sup>, la discapacidad atribuida a las demencias, trastornos mentales y deficiencia intelectual afecta a 719.000 personas mayores de 6 años, el 19% del total de personas con discapacidad.

En el proceso de envejecimiento se observa un deterioro de las funciones cognitivas que puede manifestarse desde su forma más leve (como un simple déficit de memoria no progresiva) hasta la forma más severa de demencia con afectación progresiva e irreversible de las actividades ocupacionales y sociales que pueden afectar a la capacidad de alimentación del individuo. Por tanto, el deterioro cognitivo tiene una relación directa con la alimentación y puede derivar en un estado de malnutrición, hecho que se agrava especialmente en el proceso de envejecimiento<sup>23</sup>.

El aumento constatado de la prevalencia del deterioro cognitivo en la población mayor y su repercusión en el nivel de independencia y calidad de vida de los mayores institucionalizados justifica la necesidad de identificar precozmente tal alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida de estos ancianos.

Durante la evaluación clínica del deterioro cognitivo se recomienda el uso de test neuropsicológicos e instrumentos de cribado. En la actualidad, se asume que al menos una parte de las personas que tendrán en el futuro una demencia son detectables mediante test neuropsicológicos.

Para valorar la función cognitiva existen diferentes instrumentos en forma de test<sup>24</sup> (tabla II). Ninguno de ellos diagnostica por sí solo una demencia y no pueden considerarse independientemente de la evaluación clínica

Sería conveniente disponer de un instrumento para la valoración del estado nutricional de pacientes de salud mental con el objetivo de conocer como se ve modificado el estado nutricional en función de su estado cognitivo.

## Conclusiones

En el hecho alimentario es necesario distinguir dos vertientes distintas: la nutrición, relacionada directamente con los aportes necesarios para mantener o mejorar el estado de salud, y la alimentación, como elemento cultural, socializador, generador de bienestar, respetuoso con las tradiciones y las costumbres. Ambos aspectos conflu-

**Tabla II**  
*Escalas de evaluación mental*

<i>Escalas de valoración de valoración cognitiva</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Uso</i>	<i>Ítems explorados</i>
Mini examen cognoscitivo (MEC)*	Cribado para enfermedades neurodegenerativas que presentan un deterioro cognitivo	Adultos y ancianos	Orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria, y lenguaje y construcción
Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) <sup>†</sup>	Valora el grado de deterioro cognitivo	Pacientes institucionalizados o no. Muy útil en poblaciones con alta prevalencia de analfabetos.	Memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo
Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage <sup>‡</sup>	Evalúa la depresión en personas de edad avanzada	Ancianos	15 ítems aportan información acerca del estado afectivo

\*Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.

Lobo A, Ezquerra J. El Mini-Mental cognoscitivo: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp. Neurol Psiquiatr* 1979; 3: 149-53.

<sup>†</sup>Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assesment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 433-41.

García-Montalvo JL, Rodríguez L, Ruipérez I. Valoración del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992; 27: 129-33.

<sup>‡</sup>Pérez E, González MA, Moraleda P, Szuker S, González JA. La geriatric depression scale (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión: bases de la misma. Modificaciones introducidas y adaptación a la realidad psicogeriatrica española. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990; 25 (3): 173-80.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Aday M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982; 17: 37-49.

yen e inciden de manera directa en la calidad de vida de las personas, especialmente si son mayores.

La calidad de vida depende tanto del bienestar físico como psicológico, y ambos factores pueden estar influenciados por el estado nutricional. Existe un creciente conocimiento de que el pobre estado nutricional provoca un impacto negativo sobre la calidad de vida. No se puede olvidar que el estado nutricional es uno de los factores de riesgo de discapacidad más importante y potencialmente modificable.

A pesar de que, por un lado, existen dificultades a la hora de poder medir la calidad de vida y, por otro, se emplean una variedad de métodos para valorar el estado nutricional se ha observado la estrecha asociación entre desnutrición y empeoramiento de la calidad de vida y como tanto el estado funcional como el estado cognitivo están íntimamente relacionados con dicha calidad de vida. Con todo ello, se puede concluir que:

- 1) La salud mental, la calidad de vida y la dependencia son elementos en alza en la valoración del estado de salud.
- 2) Un estado nutricional saludable contribuye, sin ninguna duda, a mejorar el estado funcional y mental del individuo y por ende contribuye a mejorar la calidad de vida del mismo, algo sumamente importante en estos tiempos en que se han aumentado claramente los años de supervivencia.
- 3) La Salud Pública trata de buscar una medida compuesta que abarque distintas dimensiones objetivas y subjetivas.
- 4) Las Encuestas de Salud General están tratando de recoger esta información de manera integral.
- 5) Los instrumentos de medida utilizados son dispares y existe una carencia de instrumentos específicos lo que obliga a la utilización de varios instrumentos concomitantes.
- 6) Es necesario continuar trabajando en el desarrollo de cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida, la dependencia y la salud mental en relación al estado nutricional del individuo.

Escala genérica de gravedad de la dependencia	
Grupo 1	No hay dependencia
Grupo 2	Dependencia ligera
Grupo 3	Dependencia moderada
Grupo 4	Dependencia severa
Grupo 5	Dependencia total
Fuente: OMS, 2001	

Fig. 3.—Escala genérica de gravedad de la dependencia.

## Referencias

1. Grau G. Metodología para la validación de cuestionarios. *Medifam* 1995; 5 (6): 351-9.
2. Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesion* 2004; 5 (17): 23-9.
3. World Health Organization. Constitution. En: WHO. Basic Document Geneva WHO 1948.
4. World Health Organization. Quality of life Assessment. An annotated bibliography. Geneva: WHO (MNH/PSF/94.1), 1994.

5. Bergner M. Quality of life, health status and clinical research. *Med Care* 1989; 27 (3 suppl.): 1485-96.
6. Hörnquist JO. Quality of life: concept and assessment. *Scand J Soc Med* 1989; 18 (1): 68-79.
7. Patrick D, Erickson P. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press; New York, 1993.
8. Guyatt GH, Veldhuyzen Van Zanten SJ, Feeny DH, Patrick DL. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *CMAJ* 1989; 140: 1441-8.
9. Badía LX, Lizan TL. Estudios de calidad de vida. En: Martín Zurro A, Cano PJF, Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ªed. España: Elsevier; pp. 250-261.
10. Planas M, Alvarez J, García-Peris PA, de la Cuerda C, de Lucas P, Castellà M et al. Nutritional support and quality of life in stable chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. *Clin Nutr* 2005; 24 (3): 433-41.
11. Cuerda C, Cambor M, Bretón I, García-Peris P. Seguimiento a largo plazo de la nutrición parenteral domiciliaria en un hospital general: complicaciones y calidad de vida. *Nutr Hosp* 2002; 42 (1): 15-21.
12. Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J, Escribà-Agüir V, Castelló-Botia I, Guardiola-Wanden-Berghe R. Evaluación de la calidad de vida relacionada con el estado nutricional. *British Journal of Nutrition* 2009; 101 (7): 950-60.
13. Wanden-Berghe C, Martín Rodero H, Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Galindo-Villardón P. Cuestionario de calidad de vida relacionado con el estado nutricional (CaVEN). *Nutr Hosp* 2012; 27 (6): 1876-85.
14. Wanden-Berghe C, Muñoz J, Cantó C, Domenech MD, Reyes MD, Pérez Moya C et al. Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG). Diez años de experiencia. *Nutr Hosp* 2010; 25 (6): 949-53.
15. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, BOE número 299 de 15 de diciembre 2006.
16. Dapcich V, Medina R. Factores condicionantes del estado nutricional en el anciano. En: Muñoz M, Aranceta J, Guijarro JL, eds. Libro blanco de la Alimentación de los mayores. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004b, pp. 23-29.
17. Albarrán Lozano I, Alonso González P. La población dependiente en España: Estimación del número y coste global asociado a su cuidado. *Estudios de economía* 2009; 36 (2): 127-63.
18. INE (2007). Proyecciones de población: resultados nacionales (período 2002- 2060) y resultados por comunidades autónomas y provincias (período 2002-2017), en [http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fp251&O=inebase&N=&L\(10/9/07\)](http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fp251&O=inebase&N=&L(10/9/07)).
19. Jiménez, A. y Huete, A. (2002). Epidemiología de la Discapacidad. Madrid. Real Patronato sobre discapacidad.
20. Querejeta González M. Discapacidad/ dependencia. Unificación de criterios. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO, 2003.
21. Organización Mundial de la Salud (2001). Aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF). Resolución 54/21. De la 54 Asamblea Mundial de la Salud realizada en 22/05/01).
22. World Health Organization. Mental Health in Europe, Country Reports from the WHO European Network on Mental Health. Copenhagen: World Health Organization; 2001.
23. Gómez Candela C., Reuss Fernández JM. Malnutrición en el anciano. 1ª edición. 2004. Barcelona. Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Novartis Consumer Health SA.
24. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recomendaciones sobre la demencia. Barcelona: semFYC; 1999.