



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Master de Iniciación a la Investigación
en Ciencias de la Enfermería

Curso Académico 2016-17

TRABAJO FIN DE MASTER

Riesgo cardiovascular y la relación con el afecto y satisfacción con la vida en la población rural mayor de 65 años de C.S. Campo de Belchite.

Cardiovascular disease risk and its relationship with affection and overall lifestyle satisfaction considering senior citizens over 65 years old in the rural area of C.S. Campo de Belchite.

Autor/a: Yolanda Manero Ansón

Director/a: Concha Germán Bés

Co-Director/a: Fernando Urcola Pardo

1. ÍNDICE

1. ÍNDICE	3
2. ABREVIATURAS	4
3. RESUMEN.....	5
3. ABSTRACT	5
4. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	7
5. OBJETIVOS.....	14
6. MATERIAL Y MÉTODO	15
6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	15
6.2. CONTEXTO GEOGRAFICO Y TEMPORAL	15
6.3. MUESTRA	15
6.4. HERRAMIENTAS.....	16
6.5. VARIABLES DE ESTUDIO	20
6.6. ANÁLISIS DE DATOS:	21
6.7. MEMORIA ECONÓMICA.....	21
6.8. ASPECTOS ÉTICOS	21
7. RESULTADOS.....	23
7.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	23
7.2. PRUEBAS U MANN-WHITNEY	25
7.2.1. En función del sexo.....	26
7.2.2. En función de la diabetes.	27
7.2.3. En función del alcohol.	28
7.2.4. En función del consumo de tabaco.	28
7.2.5. En función del ejercicio físico.	29
7.3. CORRELACIONES VARIABLES CUANTITATIVAS	30
7.3.1. EDAD	30
7.3.2. ERICE.....	31
7.3.3. SLWS TOTAL.....	31
7.3.4. PANAS POSITIVO	32
7.3.5. PANAS NEGATIVO.....	32
8. DISCUSIÓN.....	35
9. LINEAS FUTURAS DE ACTUACIÓN	37
10. CONCLUSIONES.....	38
11. BIBLIOGRAFÍA.....	39
12. ANEXOS	44

2. ABREVIATURAS

CEICA	Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón
CT	Colesterol Total
DM	Diabetes Mellitus
ECV	Enfermedad Cardiovascular
EC	Enfermedad Coronaria
FRCV	Factor de Riesgo Cardiovascular
HPA	Hipotalámico – pituitario – adrenal
HTA	Hipertensión Arterial
PAD	Presión Arterial Diastólica
PANAS (+)	Positive And Negative Affect Schedule (+)
PANAS (-)	Positive And Negative Affect Schedule (-)
PAS	Presión Arterial Sistólica
RCU	Riesgo Cardiovascular
SLWS	Satisfaction With the Life Scale

3. RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación existente entre la escala de riesgo cardiovascular ERICE y la satisfacción con la vida junto con los afectos positivo y afectos negativos, en una población general mayor de 65 años en ámbito rural del Centro de Salud de Campo de Belchite.

Material y Método: Estudio transversal de base poblacional en el año 2017. La muestra estuvo formada por 106 sujetos que aceptaron de forma voluntaria a unas entrevistas personales de satisfacción con la vida y de afecto positivo y afecto negativo, junto con una exploración física y la extracción de sangre. Se valoró la fiabilidad de los cuestionarios con el coeficiente Alfa de Cronbach.

Resultados: Los resultados confirmaron que el bienestar emocional positivo y la satisfacción con la vida ejercen un factor protector junto con la actividad física, frente a los factores de riesgo cardiovascular. Los hombres mayores de 65 años que vivían en población rural, manifestaron más afectos positivos, estar más satisfechos con la vida, ser más activos físicamente y tener menos riesgo cardiovascular según escala ERICE.

Conclusiones: Los varones tenían menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares que las mujeres. Se comprobó la importancia de la actividad física en la población envejecida y su correlación con el afecto positivo y negativo y la satisfacción con la vida para prevenir las enfermedades de riesgo cardiovascular.

Palabras clave: Afecto positivo, Afecto negativo, Factores de riesgo cardiovascular, Satisfacción con la vida.

3. ABSTRACT

Goal: The purpose of this thesis is to analyse the relationship between the cardiovascular disease risk scale ERICE (by its acronym in Spanish) and overall lifestyle satisfaction, along with positive affect and negative affect, considering a focus group of senior citizens over 65 years of age, dependent from the Centro de Salud de Campo de Belchite community health centre.

Materials and procedure: The foundations of such analysis will be a population-based cross-sectional study in 2017. The study sample –completely random- consisted of 106 subjects that voluntarily complied with a series of personal interviews regarding their overall life style satisfaction, as well as positive affect and negative affect, along with a

physical examination and a fasting blood sample draw. The reliability of such questionnaires was assessed via Cronbach alpha coefficient.

Results: The results confirmed that emotional well-being, a high level of lifestyle satisfaction, and physical activity became an effective protection barrier against cardiovascular diseases. It turned out that the group of senior citizens over 65 years of age who were living in the rural area expounded to be highly satisfied with their lifestyle; they were not only physically more active, but also had less possibilities to suffer from cardiovascular diseases according to the ERICE scale.

Conclusions: The study eventually concluded that men had lower risk to suffer from cardiovascular diseases than women. It demonstrated the importance of physical activity for senior citizens and its direct connection with the positive and negative affect, and overall lifestyle satisfaction in order to prevent cardiovascular disease risk.

Keywords: Positive affect, negative affect, cardiovascular risk factors, lifestyle satisfaction.

4. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV)¹⁻² es la primera causa de muerte en el mundo, constituyendo la causa más frecuente de morbilidad en España y la causa más frecuente de muerte prematura en Europa. Las ECV tienen relación con el estilo de vida y con factores fisiológicos modificables siendo también fundamental desde un punto de vista poblacional la prevención primaria en sujetos sanos, pero con un alto riesgo de padecer episodios cardiovasculares. Para ello, y dada la necesidad de optimizar los recursos, debemos conocer los factores de riesgo³ que determinan la aparición de la enfermedad coronaria, así como ser capaces de clasificar a la población en función del riesgo de padecer episodios cardiovasculares, para aplicar las medidas de prevención primaria, en aquellos en los que se espere un mayor beneficio. De esta necesidad surgen las diferentes funciones de estimación del riesgo cardiovascular.

El riesgo coronario y/o cardiovascular (RCV)⁴ es la probabilidad de presentar una enfermedad coronaria o cardiovascular en un periodo de tiempo determinado, generalmente de 5 ó 10 años; en general, se habla de riesgo coronario o cardiovascular indistintamente ya que ambas medidas se correlacionan bien, aunque algunos autores consideran que multiplicando el riesgo coronario por 4/3 obtenemos una mejor estimación del riesgo cardiovascular.

Existen dos métodos de cálculo de RCV: cualitativos y cuantitativos; los cualitativos se basan en la suma de factores de riesgo y clasifican al individuo en riesgo leve, moderado y alto riesgo. Los cuantitativos, nos dan un número que es la probabilidad de presentar un evento cardiovascular en un determinado tiempo. Dentro de los cuantitativos, la escala ERICE⁵, es una nueva ecuación de riesgo cardiovascular genuinamente española obtenida a partir del riesgo concurrente individual de los participantes en varias cohortes, para estimar con precisión el riesgo cardiovascular individual en España.

Puesto que una parte importante de los eventos cardiovasculares se producen en los sujetos mayores de 65 años⁶ es importante conocer el comportamiento de ERICE⁷ entre las personas mayores de 66 años. Esta escala se ajusta según la guía del grupo de trabajo conjunto Fourth Joint Task Force⁷. Es importante desarrollar una puntuación del riesgo de ECV europea para zonas geográficas e incluir a individuos de edades avanzadas para hacer posible una identificación más precisa de las personas asintomáticas con un riesgo elevado de ECV y poder aplicar de manera más efectiva las intervenciones preventivas

destinadas a reducir el riesgo total de ECV. En este sentido, la concienciación de la población al respecto del riesgo de desarrollar ECV, así como de la posibilidad de reducir dicho riesgo mediante cambios en el estilo de vida se convierte en un elemento esencial para el éxito de promoción para la salud.

Respecto a la ecuación ERICE se ha concluido en varios estudios que aporta un nuevo sistema de estimación del riesgo de ECV en la población española, derivado de una evaluación de factores de riesgo de ECV locales y contemporáneos, que incluye varios estudios de cohorte locales de diferentes partes del país. ERICE proporciona una estimación directa del riesgo total de ECV en vez del de resultados específicos como la enfermedad coronaria EC sola, y resalta la importancia de tener en cuenta el tratamiento farmacológico utilizado para los factores de riesgo cardiovascular elevado y de la inclusión de personas de edad avanzada y el estado diabético en la estimación de riesgo. La ecuación ERICE es un nuevo instrumento práctico que permite a los clínicos de España estimar riesgo total en las personas a las que atiende.

No es de extrañar que el bienestar físico y mental se hayan identificado con la salud física y salud mental, respectivamente, y con el estado de salud, a nivel general. Esta correspondencia se hace aún más patente en la propia definición de la salud ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸ en su constitución: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁷”. Hay que señalar que esta definición está vigente desde 1948.

Es difícil imaginar a una persona feliz y que se sienta bien consigo misma si no está sana física y mentalmente, y viceversa. La evidencia empírica así lo demuestra. Por un lado, se han llevado a cabo recientemente distintos metaanálisis y revisiones cuantitativas⁹⁻¹¹, que relacionan la salud con un estado afectivo positivo y el bienestar. (Ver figura 1)

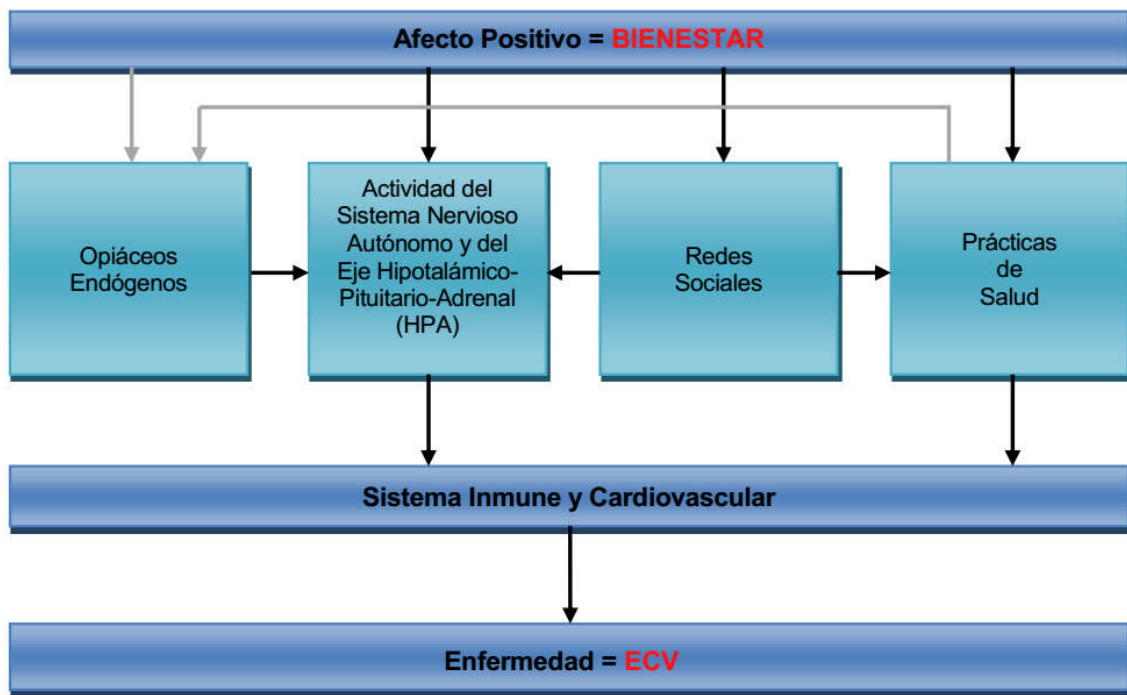


Figura 1: Modelo de efecto principal (directo) de Pressman y Cohen (2005)

Mediante este modelo, Pressman y Cohen¹² señalan que, dado que la activación de la emoción se asocia a activación fisiológica, el afecto positivo tiene un potencial para influir en los resultados de la salud. Asimismo, piensan que es posible que exista una relación curvilínea entre afecto positivo y salud con el riesgo decreciendo desde bajos hasta moderados niveles de afecto positivo, pero incrementando en niveles extremadamente altos. Teniendo en cuenta esta relación, los niveles moderados de afecto positivo pueden actuar como un amortiguador al estrés. Sin embargo, los niveles excesivamente altos de afecto positivo pueden hacer que se subestimen amenazas potenciales y que se adopten Estrategias de Afrontamiento inadecuadas. Además, cuando es excesiva, la activación provocada por el afecto positivo puede desencadenar eventos relacionados con la enfermedad en personas con enfermedades crónicas subyacentes. Esto podría ocurrir a través de cambios en las conductas de salud (más tabaco, más consumo de alcohol o menos ejercicio) o a través de activación del sistema nervioso simpático y del eje HPA como resultado de la confrontación de sucesos estresantes.

La noción de que la salud y la felicidad están relacionadas viene de muy antiguo. Así, la relación entre los procesos mentales y los orgánicos ha estado presente desde los inicios de la Medicina. Como la teoría según la cual la enfermedad se debe al desequilibrio entre los humores y la fuerza vital, que fue propuesta por Hipócrates.

Hipócrates (460-370 a.C.), médico griego, creía que las “pasiones” influían en el cuerpo y podían causar enfermedad. Galeno (130-200 d.C.), también médico griego, propuso que cada emoción está asociada a un fluido específico del cuerpo (bilis negra, bilis amarilla, sangre y flema) y que el exceso de cada uno de ellos llevaba a una enfermedad específica. Esta tendencia que relacionaba directamente mente y cuerpo cambió en el siglo XIX.

Por otro lado, una constante de la Psicología Positiva es la afirmación de que experimentar con mucha frecuencia un estado afectivo positivo facilita una adecuada adaptación a las distintas circunstancias de la vida y tener una buena salud física y mental.

Para mejorar el bienestar emocional es necesario cambiar el estilo de vida actual y hacerlo más saludable. La salud mental está íntimamente ligada a la salud general, los vínculos entre la salud física y la mental son bidireccionales. Una mala salud física incide negativamente en la salud mental, de la misma manera que el bienestar emocional protege la salud física y mejora los resultados en salud y las tasas de recuperación, fundamentalmente en la enfermedad coronaria, el ictus y la diabetes.

Por otro lado, otros autores, Almedom y Glandon¹³ señalan que tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades.

Tal como afirma Gómez¹⁴ la esperanza de vida se ha alargado de forma excepcional, esta situación alegre y a la vez pone en alerta al ser humano debido a que el número de personas envejecidas es muy elevada, es un desafío porque la sociedad debe adaptarse y contribuir a la mejora del envejecimiento, diferentes ocupaciones para llevar una vida activa en el tiempo libre, sembrando el envejecimiento activo y positivo, que se asienta en continuar su vida con sentimientos de valía, utilidad personal y prosocialidad.

A mediados de la década de los ochenta, Watson y Tellegen¹⁵ indicaban que existe un consenso entre los teóricos del afecto en torno a dos dimensiones básicas, las cuales los autores denominan afecto positivo y afecto negativo. El afecto positivo representa la dimensión de emocionalidad placentera, manifestada a través de motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito. Las personas con alto afecto positivo suelen experimentar sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. Se relaciona con la extroversión, el optimismo y la resiliencia. En contraste, el afecto negativo representa la dimensión de emocionalidad no placentera y el malestar, manifestada por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y fracaso. Las personas con alto afecto negativo

suelen experimentar desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia. Se relaciona con la sensibilidad temperamental ante estímulos negativos, labilidad vegetativa, estresores y ambientes desfavorables¹⁶. El afecto positivo es un factor protector de enfermedades y facilita el buen rendimiento, por el contrario, el afecto negativo es un factor de riesgo¹⁷⁻¹⁹.

El cuestionario PANAS (Positive and Negative Affect Schedule; Watson et al., 1988) ha demostrado tener unas buenas propiedades psicométricas y estar adaptado a personas mayores, es un instrumento de autoinforme que consta de dos subescalas, una que mide el afecto positivo y la otra el afecto negativo, cada una de las cuales está formada por 10 ítems. Más aún, se ha convertido en una prueba de enorme aceptación internacional, una de las más utilizadas para estudiar el afecto y su relación con diferentes áreas de funcionamiento de las personas²⁰, particularmente en lo relativo a la salud²¹, mientras el afecto positivo sería un elemento protector, el afecto negativo actuaría como un factor de riesgo de enfermedades²². Disponer de un instrumento con estas características es relevante puesto que entre otras razones, la población está envejeciendo rápidamente. Las estimaciones actuales muestran que las personas mayores de 85 años es el segmento de más rápido crecimiento en países como España, estados Unidos o Francia²³.

El concepto de bienestar subjetivo incluye dos componentes claramente diferenciados: por un lado, los juicios cognitivos sobre la satisfacción con la vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones²⁴. La satisfacción con la vida se define como: un proceso de juicio mediante el cual los individuos valoran la calidad de su vida en función de sus propios criterios²⁵.

Por otra parte, el cuestionario Satisfaction With Life Scale²⁶ (SWLS), es probablemente la medida de satisfacción vital más citada en la literatura científica²⁷, ha mostrado de modo consistente que el juicio general de satisfacción con la vida, aparentemente vulnerable a sesgos cognitivos, es un constructo muy sólido²⁸⁻²⁹. Se ha demostrado reiteradamente que este juicio está asociado a aspectos tan variados como la satisfacción marital³⁰, la productividad³¹ un mejor estado de salud física y mental³² o incluso longevidad³³⁻³⁴. Se ha investigado que las personas con algún tipo de enfermedad, en general, suelen sentirse menos satisfechas con su vida. En este caso los pacientes con ECV, necesitan hacer un importante cambio en su estilo de vida lo que puede provocar malestar y una disminución en la satisfacción vital del enfermo. En este sentido, tan importante es que un paciente se encuentre bien de salud en cuanto al no padecimiento de determinados síntomas con su enfermedad y su salud en general como que se encuentre

satisfecho con su vida. A veces, este segundo criterio es mucho más importante que sentir o no dolor.

Los sujetos muy ancianos, de 80 o más años de edad, constituyen el grupo etario de más rápido crecimiento demográfico en los países desarrollados. España sigue su proceso de envejecimiento. Según los datos del Padrón Continuo (INE) ³⁵ a 1 de enero de 2016 hay 8.657.705 personas mayores (65 y más años), un 18,4% sobre el total de la población (46.557.008). En 2016, viven 2.759.167 de personas en los municipios rurales (de 2.000 o menos habitantes), de las que el 28,2% son personas mayores (779.180). El envejecimiento y la proporción de personas mayores respecto del total, es mucho más acentuado en el mundo rural. (Ver figura 2)

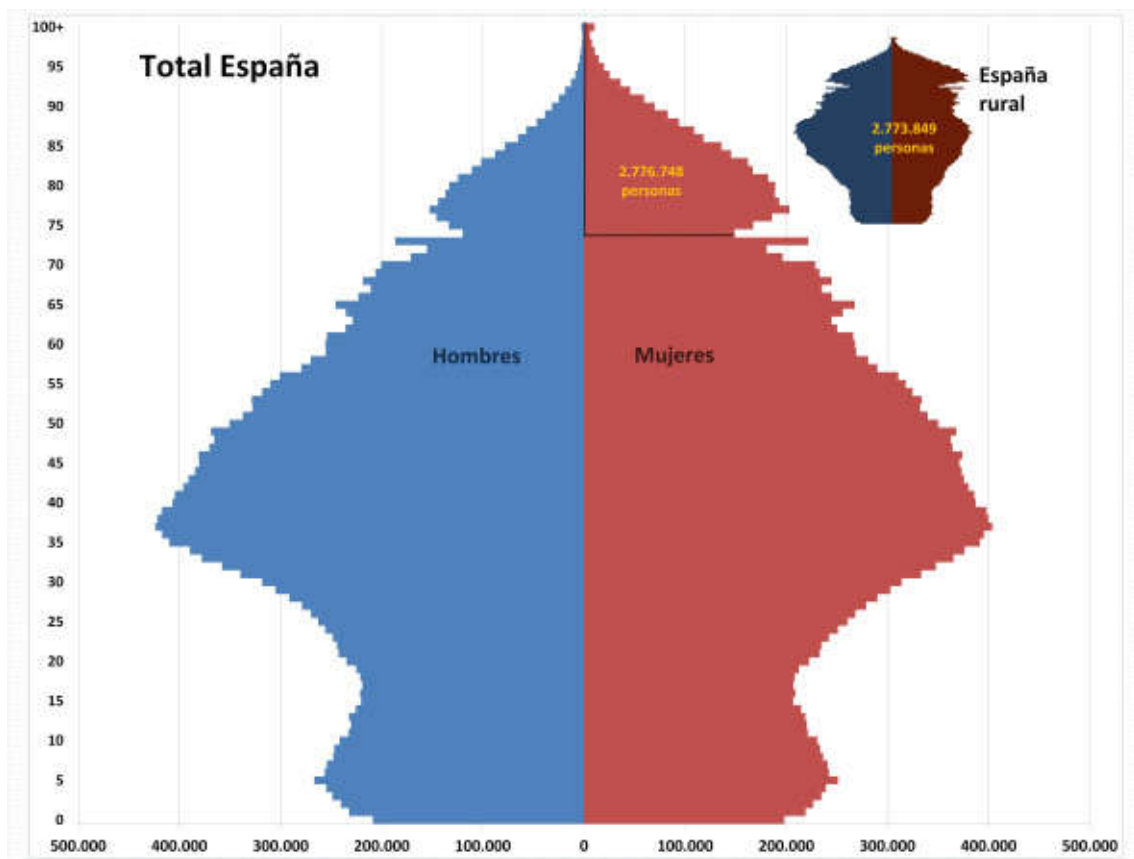


Figura 2.- Pirámides de población de España y de la España rural, 2016

España rural: población que vive en los 5.864 municipios de 2.000 o menos habitantes. Total, España: 8.125 municipios, 46.557.008 habitantes. Ángulo superior derecho: comparación del tamaño de la pirámide de la España rural con una parte equivalente de la pirámide total de España.

La pirámide de población rural en Aragón³⁶, presenta una forma romboidal, propia de poblaciones envejecidas, el estrechamiento de la base refleja la gran caída de la tasa de natalidad, que se ha producido durante los últimos veinte años. El menor número de personas que se incorporan a esta cohorte, junto con la elevada esperanza de vida (83,4 años en las mujeres y 76,8 en los hombres) producirá, en la composición del grupo de mayores, un sobreenvjecimiento³⁷ significativamente mayor que el actual. (Anexo 1: indicadores demográficos del Instituto Aragonés de Estadística- Comarcas).

Las enfermedades cardiovasculares en este grupo de edad, son la principal causa de muerte, representan una importante causa de discapacidad y generan una enorme carga económica. Sin embargo, son muy escasas las evidencias científicas disponibles de este tipo de estudios en población rural³⁸. Los ancianos forman un grupo muy heterogéneo de pacientes, con diferentes grados de comorbilidad y de capacidad funcional y cognitiva. Además, los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, existen otros factores que pueden afectar de forma directa al aumento de ECV, como es la satisfacción con la vida y los afectos positivos y negativos. Es interesante, obligatorio, novedoso y desconocido hasta el momento llevar este estudio a un grupo de población rural mayor de 65 años.

HIPÓTESIS

El resultado de riesgo cardiovascular médico con la escala ERICE se encuentra relacionado directamente con los valores de afecto positivo y afecto negativo (PANAS) y el valor de satisfacción con la vida (SLWS).

5. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Medir el riesgo cardiovascular de escala ERICE en población rural mayor de 65 años.

- Medir la percepción de la escala de afecto positivo y afecto negativo(PANAS) en población rural mayor de 65 años.
- Medir la percepción de la escala de Satisfacción con la vida (SWLS) en la población rural mayor de 65 años.
- Analizar la relación existente de los valores de RCV de cálculo de RCV de ERICE y su relación con la satisfacción vital y los afectos positivos y negativos en la población rural mayor de 65 años.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar la influencia de la actividad física con variable ERICE, PANAS y SLW.
- Analizar la adecuación de cuestionarios PANAS y SLWS en la población rural mayor de 65 años.

6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio transversal en una muestra representativa de una población mayor de 65 años en medio rural.

6.2. CONTEXTO GEOGRAFICO Y TEMPORAL

El proyecto se realizará en C.S. de Belchite, centrándome en nueve localidades del medio rural (Lécera, Lagata, Letux, Samper, Codo, La Puebla de Alborton, Torrecilla, Valmadrid, Almonacid de la Cuba) entendiendo como tal, poblaciones inferiores a 2000 habitantes. Realizado entre el año 2016/2017.

6.3. MUESTRA

Se ha extraído de la base de datos del centro el listado de pacientes mayores de 65 años, haciendo un total de 1410 sujetos sanos y no sanos. Se ha extraído uno de cada cuatro, el 25% de todos los sujetos, resultando 354, que se completará el número estimado en una segunda vuelta.

Se ha utilizado un Muestreo Aleatorio Simple, aleatorizado el sujeto inicial ha resultado ser el que ocupaba el lugar 155 y a partir de él se ha extraído uno de cada cuatro sujetos. En caso de no localizar a un sujeto dado o encontrar una negativa de participación se sustituirá por el siguiente de la lista.

Finalmente, la muestra conseguida para hacer el trabajo fin de máster es de un total de 144 pacientes, que por varios motivos se han quedado finalmente en 106 casos para realizar el estudio. Los motivos del descenso (38 casos) son la diferencia entre variables de escala ERICE (143) y variables de cuestionarios SLWS y PANAS (106), es consecuencia de haber existido un intervalo de aproximadamente 10 meses entre la recopilación de unos datos y otros. Así se han dado:

- 8 exitus.
- 8 patologías incompatibles con la realización de la encuesta.
- 22 casos de personas no localizadas en la zona rural.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Fallecimientos
- Patologías de base que impidan realizar los cuestionarios.
- Pacientes que nieguen a someterse al estudio.
- Pacientes no localizados.

6.4. HERRAMIENTAS

Se obtuvieron parte de los datos de un cuestionario empleado para otro proyecto de investigación, aprobado por Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) de en mayo 2016, de donde soy investigadora principal y en cuyo consentimiento informado se detalla el empleo de datos para otras investigaciones. Se obtuvieron de este cuestionario variables sociodemográficas (edad y sexo) y otras variables tanto cuantitativas como cualitativas necesarias para la realización de la escala ERICE, como presión arterial sistólica y diastólica, tabaquismo, diabéticos, colesterol total en mg/dl, tratamiento antihipertensivo. (Ver anexo 2).

Se elaboró una hoja de información y otra de consentimiento informado específica para la elaboración de este proyecto y la realización de las encuestas SLWS y PANAS. (Ver anexo 3).

Se solicitó y se aprobó la autorización al personal directivo del Centro de Salud de Campo de Belchite para el acceso de los datos de los pacientes incluidos en el proyecto. (Ver anexo 4).

Solicitado este trabajo fin de master a CEICA en mayo de 2017.(Ver anexo 5)

ESCALAS

Se intentó hacer una comparativa con otra escala de riesgo cardiovascular REGICOR, y se decidió eliminarla del estudio, pues sólo era aplicable a 44 pacientes que tenían menos de 75 años y no otorgaba ninguna fiabilidad al estudio.

ERICE

Para la obtención del valor de la escala de riesgo cardiovascular ERICE se utilizaron cuatro tablas. (Ver anexo 6). Dos tablas, para sexo masculino y otras dos, para sexo femenino, diferenciadas por la toma o no de tratamiento hipertensivo). Se analizaron los valores de los 143 pacientes ya que fue en un único caso en el que faltaban alguna variable

que hacía imposible el cálculo de esta escala ERICE. Las variables utilizadas para evaluar el riesgo en % fueron: edad (de 30 años hasta ≥ 80 años), sexo, presión arterial sistólica (PAS en mmHg), fumadores y no fumadores, colesterol total (CT) en suero medido (en mmol/l), diabéticos DM (sí/no), otra variable es si toman tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial (HTA). La leyenda de la escala ERICE indica:

	Bajo: <5%
	Leve: 5-9%
	Moderado: 10-14%
	Moderado alto: 15-19%
	Alto: 20-29%
	Muy alto: $\geq 30\%$

CUESTIONARIO PANAS

Para medir la calidad de vida relacionada con la salud o salud percibida se utilizará la escala PANAS (Positive And Negative Affect Schedule) de afecto positivo y afecto negativo creado por Wason Clark y Tellegen (1988) y validado por Sandin et al. (1999). Forman un cuestionario diseñado para evaluar el estado afectivo de una persona; contiene dos escalas de 10 ítems, una que mide el afecto positivo y otra el negativo. Los PANAS positivos son: interesado, estimulado, enérgico, entusiasmado, orgulloso, alerta, inspirado, decidido, atento, activo. Los PANAS negativos son: tenso, disgustado, culpable, asustado, hostil, irritable, avergonzado, nervioso, miedoso, atemorizado. (Ver anexo 7). Los ítems son una escala sumativa tipo Likert, con un rango de 5 puntos, variando de 1 (nada o casi nada), 2 (un poco), 3 (bastante), 4 (mucho), 5 (muchísimo). El total de cada subescala es el sumatorio de la puntuación otorgada en los 10 ítems que la conforman, que oscila entre 10 y 50 puntos, en el que una mayor puntuación indica mayor presencia del afecto concreto. En cuanto a la instrucción temporal, en este estudio se ha utilizado principalmente la versión que alude a la “última semana”.

Sólo se observaron algunas dificultades para diferenciar entre emociones similares como, por ejemplo, “intranquilo” y “nervioso”; “atento” y “alerta”; “asustado” y “temeroso”. No se manifestaron quejas sobre la longitud de la escala y la ubicación de las respuestas.

CUESTIONARIO SLWS

Para medir el bienestar subjetivo se utilizará la escala de satisfacción con la vida (“Satisfaction With the Scale”, SWLS) autor original Diener 1985 y validada por Vázquez et al 2012. Es una escala de satisfacción vital compuesta por 5 ítems:

1. En la mayoría de las formas de mi vida se acercan a mi ideal.
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.
3. Estoy satisfecho con mi vida.
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero de mi vida.
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.

Los participantes deben indicar el grado de acuerdo con cada afirmación usando una escala sumativa tipo likert de 7 puntos (desde 1 = fuertemente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ligeramente en desacuerdo, 4 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5 = ligeramente de acuerdo, 7 = fuertemente de acuerdo). Las puntuaciones pueden oscilar entre 5 y 35 puntos, indicando una mayor satisfacción vital las puntuaciones más altas. (Ver anexo 8).

Interpretación de Resultados

- **30-35 Altamente satisfecho:** La gente que puntúa en este rango está encantada con su vida y siente que las cosas les van muy bien. Su vida no es perfecta, pero siente que está sacando a la vida todo el jugo que puede dar. Además, sólo porque esté satisfecho no significa que sea complaciente. De hecho, el crecimiento y los retos que hay ahora en su vida podrían estar alimentando su satisfacción. Para la mayoría de la gente de este rango la vida es estupenda, y los diferentes ámbitos de la vida van bien.

- **25-29 o Satisfecho:** Las personas que puntúan en este rango están a gusto con sus vidas y creen que las cosas les van bien. Naturalmente sus vidas no son perfectas, pero sienten que la mayoría de las cosas de la vida son en general buenas. Además, el hecho de que esté satisfecho no significa que sea necesariamente complaciente. Es probable que el crecimiento y los retos estén presentes en su vida y quizá por eso está satisfecho/a. Para la mayoría de la gente de este rango la vida es agradable, y los diferentes ámbitos de la vida van razonablemente bien.

- **20-24 o Ligeramente satisfecho:** Las personas que puntúan en este rango tienen una puntuación intermedia. La media de la satisfacción vital en los países desarrollados está en este rango -la mayoría de la gente está en general satisfecha, pero tienen algunas áreas vitales en las que desearían una mejora. Algunas personas puntúan en este rango porque están en general satisfechos con la mayoría de las áreas de sus vidas, pero sienten que necesitan mejorar en cada una de ellas. Otras personas puntúan en este rango porque aun estando muy satisfechos con la mayoría de las áreas, hay una o dos en las cuales les gustaría mejorar de forma considerable. En general, la gente que puntúa en este rango presenta áreas que necesitan un mayor desarrollo, y les gustaría dar un paso más realizando algún cambio vital.

- **15-19 o Ligeramente por debajo de la media en satisfacción vital:** Las personas que puntúan en este rango normalmente tienen problemas que son pequeños pero significativos en varias áreas de sus vidas, o tienen un problema importante en una de ellas. Si usted ha bajado a este nivel de forma temporal desde niveles más altos de satisfacción a causa de algún suceso reciente, es probable que las cosas mejoren y que la satisfacción vuelva al estado previo. Por otra parte, si usted está de forma continua insatisfecho con muchas áreas de su vida, podrían ser necesarios algunos cambios para conseguir una mayor satisfacción. Es decir, mientras que una insatisfacción temporal es común y normal, un nivel continuo de insatisfacción en diversas áreas vitales puede significar la necesidad de una reflexión más profunda. Algunas personas pueden sentirse motivadas gracias a un nivel pequeño de insatisfacción, pero a menudo la insatisfacción en muchas áreas puede actuar como una distracción, además de ser desagradable.

- **10-14 o Insatisfecho:** Las personas que puntúan en este rango están en gran medida insatisfechas con sus vidas. Las personas de este rango pueden sentir que una buena parte de sus áreas vitales no van bien, o bien, que una o dos áreas van muy mal. Si la insatisfacción vital es una respuesta a un suceso reciente como un divorcio o una viudedad, o un problema significativo en el trabajo; usted probablemente volverá a sus niveles iniciales de satisfacción. Sin embargo, si los bajos niveles de insatisfacción que siente están ahí desde hace tiempo, podría significar que necesita algunos cambios tanto en actitudes como en patrones de pensamiento, y probablemente también en actividades vitales. Además, una persona con

un bajo nivel de satisfacción no suele “funcionar” correctamente, porque la infelicidad actúa como distractor. Hablar con un amigo, un consejero u otro especialista, le pueden ayudar a caminar en la dirección correcta, aunque en todo caso conseguir cambios positivos dependerá de usted.

• **5-9 o Muy Insatisfecho:** Las personas que puntúan dentro de este rango se sienten extremadamente infelices con su vida actual. En algunos casos, esto es una reacción a algún suceso reciente negativo como la muerte de un ser querido o situaciones importantes como el desempleo. La insatisfacción puede ser también una respuesta a un problema continuado, como un caso de alcoholismo o una adicción. Sin embargo, la insatisfacción en este rango es a menudo debida al mal funcionamiento en muchas áreas de su vida. Cualesquiera que sean las razones para su bajo nivel de satisfacción, es posible que se pueda beneficiar de la ayuda de otras personas -amigos, familiares, consejeros o psicólogos. Si la insatisfacción persiste, usted necesitará cambiar y, generalmente, otras personas le pueden ayudar. Hable con su médico o contacte con algún psicólogo.

6.5. VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables estudiadas fueron:

- **Edad:** mayores de 65 años. Variable cuantitativa continua.
- **Sexo:** hombre o mujer. Variable cualitativa dicotómica.
- **Diabético:** no diabético o si diabético. Variable cualitativa dicotómica
- **Fumador:** no fumador o si fumador. Variable cualitativa dicotómica.
- **Consumidor de alcohol:** consume o no consume alcohol. Variable cualitativa dicotómica.
- **Actividad Física:** sedentario o moderado o activo. Variable cualitativa polinómica.
- **Índice de masa corporal (IMC):** Variable cuantitativa continua.
- **Colesterol total (CT):** Variable cuantitativa continua.
- **Colesterol HDL:** Variable cuantitativa continua.
- **Escala ERICE** Variable cuantitativa continua.
- **Cuestionario Satisfacción por la vida:** Variable cuantitativa continua.
- **Cuestionario Afectos positivos:** Variable cuantitativa continua.
- **Cuestionario Afectos negativos:** Variable cuantitativa continua.

6.6. ANÁLISIS DE DATOS:

ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

El análisis estadístico de las variables se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics 22.0, realizándose una descripción estadística de cada variable, expresando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas; media y desviación estándar.

ANÁLISIS INFERENCIAL

La determinación de la fiabilidad de las escalas se calculará mediante alfa de Cronbach para la consistencia interna, y el coeficiente de correlación intraclase para la fiabilidad intraobservador. Para la inferencia estadística, se realizó un análisis con distribución no normal se utilizó U de Mann-Whitney. Para determinar la normalidad previamente se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov.

Para el análisis de las variables cuantitativas entre sí, se utilizó la correlación de variables no paramétricas mediante ρ (Rho) de Spearman para el global de aquellas variables con distribución no normal.

6.7. MEMORIA ECONÓMICA

Considerando que las actividades realizadas, forman parte de la actividad asistencial habitual, no se precisan recursos extra para su cometido.

6.8. ASPECTOS ÉTICOS

Las actividades que se realizaron están enmarcadas dentro de la asistencia habitual por lo que no se realizan actividades que requieran especial atención. El estudio ha pasado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón.

Para mantener la confidencialidad se ha dispuesto de un registro separado (Ver anexo 9) que asigne a cada sujeto un número de seis dígitos, código dissociado, no relacionado con el paciente que lo hace irreconocible y que será el identificador del mismo en cada uno de los documentos del estudio.

Esta relación de nombre y códigos se custodió por el investigador principal con las debidas garantías.

Por otra parte, se dispuso de una Hoja de Información al Paciente (HIP) con su correspondiente hoja de firmas que se adjunta en (Anexo 7), dónde se le da al paciente la información previa garantizándole todos sus derechos y donde queda registrado que esos datos podrán ser utilizados para otros proyectos de investigación. Esta hoja informativa con el consiguiente consentimiento informado será el que forma parte de la primera fase del estudio (cálculo de escala ERICE entre otras variables). Se redactó una hoja informativa con el pertinente consentimiento informado para la realización de los cuestionarios SLWS y PANAS.

7. RESULTADOS

7.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

NORMALIDAD

Para el análisis descriptivo, en primer lugar, se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov y obtuvimos que nuestra distribución era no normal y por ello aplicamos pruebas no paramétricas.

CONSISTENCIA INTERNA

Se valoró la consistencia interna de los dos cuestionarios que se emplearon PANAS POSITIVO, PANAS NEGATIVO y SLWS mediante el Alfa de Cronbach. los resultados mostraron que los cuestionarios realmente medían lo que se pedía de ellos.

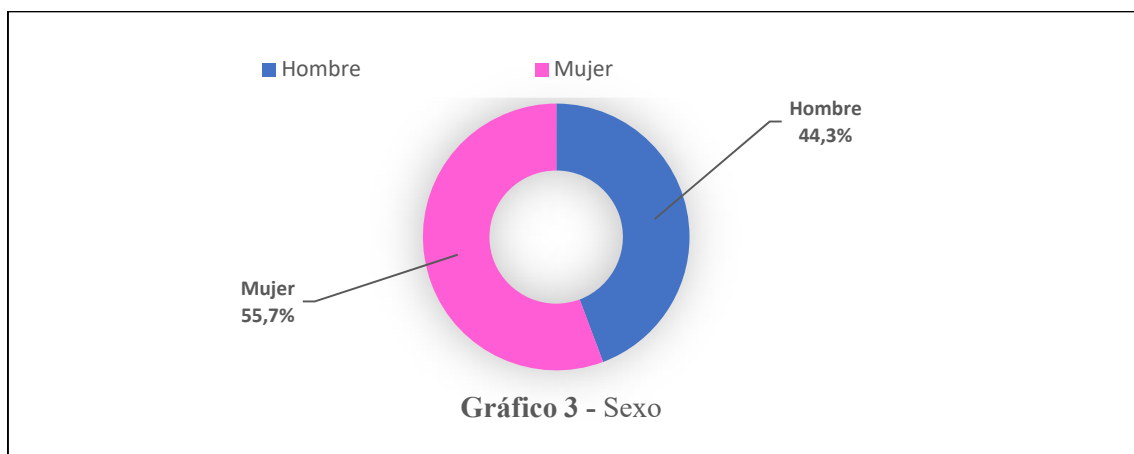
Siendo los valores obtenidos 0,85 para PANAS POSITIVO, 0,78 para PANAS NEGATIVO y 0,81 para SLWS.

Tabla 1: Estadísticas de fiabilidad. Alfa de Cronbach

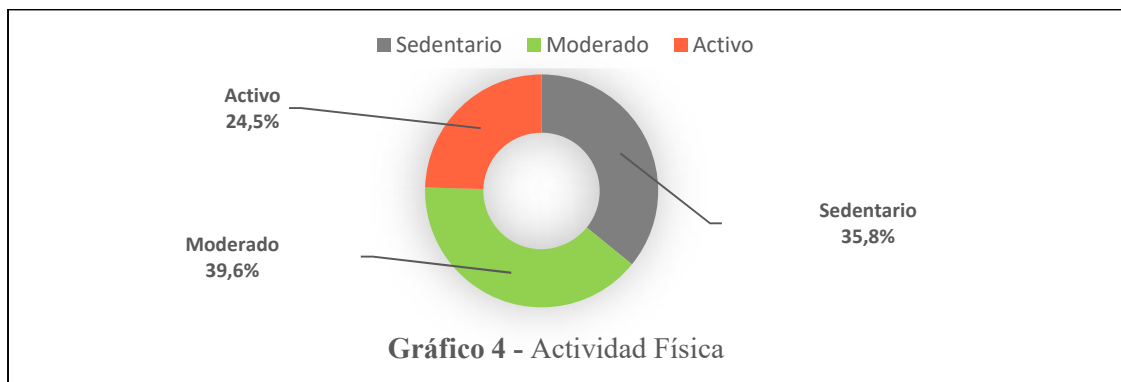
	ALFA DE CRONBACH
PANAS POSITIVO	0,85
PANAS NEGATIVO	0,78
SLWS	0,81

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

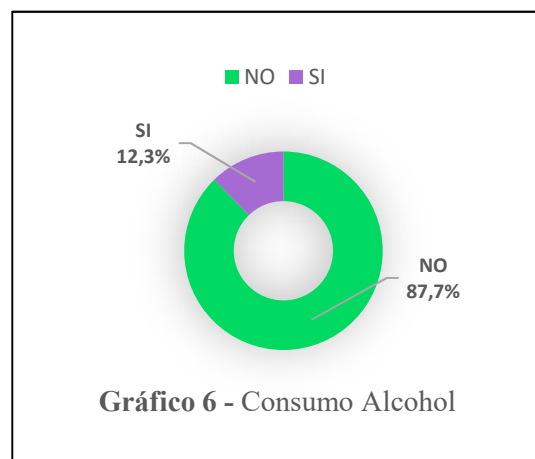
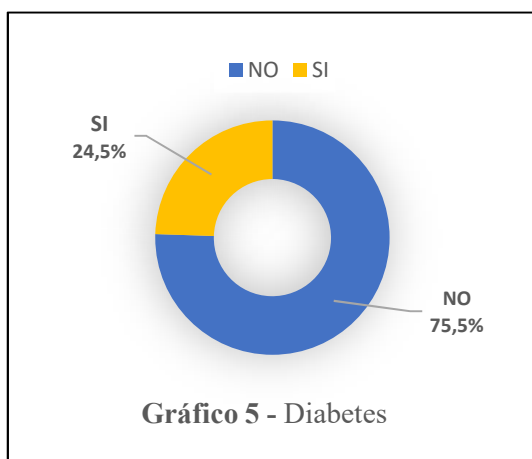
En total, se contabilizaron de población general 106 pacientes provenientes de C.S. de Campo de Belchite mayores de 65 años, de los cuales diferenciando por sexos el 44,3% eran hombres, siendo 55,7% mujeres. (Ver gráfico 3).



La actividad física la diferenciamos en varios subgrupos y se observa que el porcentaje de sedentarismo está en un 35,8%, de actividad moderada en un 39,6% y activos en un 24,5%. (Ver gráfico 4).



La mayoría de la muestra seleccionada no son diabéticos (75,5%), no consumen alcohol (87,7%) y tampoco son fumadores (98,1%). (Ver gráficos 5 y 6).



En cuanto a la media de edad fue del 77,54 con una edad mínima de 65 años y el paciente más anciano fue de 95 años. (Ver tabla 2)

El IMC medio que obtuvieron la población de nuestra muestra fue de 29,56 con un índice máximo de 42,20 y un mínimo de 16,80. (Ver tabla 2)

El colesterol total y HDL tuvo una media el total de 204,48 mg/dl con la máxima cifra en 297mg/dl y la mínima de 106mg/dl. Con el HDL la media fue de 54,89 mg/dl con un máximo de 111mg/dl y un mínimo de 28mg/dl. (Ver tabla 2)

Tabla 2: *Valores de las variables sociodemográficas cuantitativas.*

	Media	Desviación Estándar	Máximo	Mínimo
Edad	77,5	7,19	95	65
IMC	29,56	4,50	42,20	16,80
Colesterol	204,48	39,02	297	106
HDL	54,89	13,25	111	28

Por su parte, para el factor de riesgo cardiovascular (FRCV) la escala **ERICE**, el valor medio que se obtuvo al analizar los 106 casos de nuestra muestra fue de 30.08 siendo el valor máximo que otorgó uno de los pacientes de 57 puntos y el mínimo de 0.

Posteriormente procedimos a analizar los descriptivos obtenidos en los tres cuestionarios empleados (Ver tabla 3):

- **SLWS:** la media fue de 27,92 con un máximo de 35 y un mínimo de 9.
- **PANAS POS:** la media fue de 3,08 con un máximo de 4,70 y un mínimo de 1,90.
- **PANAS NEG:** la media resultó de 1,59 el máximo 3,60 y el mínimo de 1,00.

Tabla 3: *Estadística descriptiva de cuestionarios.*

	Media	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
SLWS	27,92	4,91	35,00	9,00
PANAS POSITIVO	3,08	0,68	4,70	1,90
PANAS NEGATIVO	1,59	0,52	3,60	1,00

7.2. PRUEBAS U MANN-WHITNEY

Con esta prueba estudiamos la distribución conjunta de algunas variables para comprobar si existen diferencias estadísticas significativas entre las medias obtenidas en dichas variables.

7.2.1. En función del sexo.

Se realizó la prueba de U Mann-Whitney para valorar diferencias en las medias obtenidas la escala ERICE y cuestionarios SLWS, PANAS+ y PANAS-, diferenciando en función de si se trataba de hombres o mujeres. Los resultados fueron (Ver tabla 4):

- **ERICE:** la media de riesgo cardiovascular que obtuvimos para los hombres fue de 29,98 siendo esta de 30,15 en el caso femenino. Al observar el p-valor obtenido en la prueba de Mann-Whitney, vemos que la diferencia estadística no alcanza la significación (0,874). Por tanto, no existe diferencia entre tener mayor riesgo cardiovascular en función de si se es hombre o mujer.
- **SLWS:** en este caso la media de satisfacción por la vida alcanzada por los varones fue de 29,47, casi tres puntos superiores a la de las mujeres (26,69). el p-valor obtenido en este caso fue de 0,001 lo que nos revela que existe diferencias estadísticas significativas entre ambos sexos, siendo los hombres los que mayor satisfacción por la vida demuestran.
- **PANAS +:** la media de afectos positivos entre los dos sexos no es relevante ni significativo con un p-valor de 0,177.
- **PANAS -:** En caso de los afectos negativos existe una media ligeramente significativa, que en hombres es de 1,36 y en mujeres de 1,78. Así la U de Mann-Whitney nos da un p-valor $< 0,001$ lo cual concluye que son las mujeres las que sienten más afectos negativos que los varones.

Tabla 4: Diferencia de media de ESCALAS en función del sexo U Mann-Whitney

	Sexo	Media	Significación
ERICE	Hombre	29,98	0,874
	Mujer	30,15	
SLWS	Hombre	29,47	0,001
	Mujer	26,69	
PANAS POSITIVO	Hombre	3,19	0,177
	Mujer	2,98	
PANAS NEGATIVO	Hombre	1,36	$< 0,001$
	Mujer	1,78	

Como estadística de grupo, se estudiaron las medias de las variables: edad, IMC, Colesterol total y HDL. La media de edad respecto a los diferentes sexos es muy similar, siendo para los hombres (77,53) y para las mujeres (77,54), a pesar de haber un porcentaje mayor de féminas la media de edad es muy similar, tanto el IMC como el colesterol total y el HDL tiene unas medias muy igualadas lo que nos indica que el factor sexo en estas variables partirá de medias en ambos sexos muy similares. (Ver tabla 5).

Tabla5: Estadística de media de grupo por sexo.

Sexo		N	Media	Desviación estándar	Z	P
Edad	Hombre	47	77,53	7,47	0,048	0,962
	Mujer	59	77,54	7,03		
IMC	Hombre	46	28,69	3,89	1,185	0,236
	Mujer	58	30,26	4,85		
Colesterol Total	Hombre	47	201,00	36,43	0,706	0,480
	Mujer	59	207,25	41,06		
HDL	Hombre	47	53,86	14,07	1,142	0,253
	Mujer	59	55,71	12,61		

7.2.2. En función de la diabetes.

ERICE: Es en la media de no diabéticos de 27,86 y de diabéticos de 36,88, donde el estudio de Mann Whitney nos da un p-valor de 0,012, indicándonos que existe diferencias significativas en la escala de FRCV entre los no diabéticos y diabéticos, siendo los diabéticos quienes van tener un índice más alto de padecer ECV.(Ver tabla6).

Tabla 6: Estadística de media de grupo para la diabetes.

	Diabetes	N	Media	Desviación estándar	U Mann-Whitney	
					Z	p
ERICE	No	80	27,86	13,52	2,522	0,012
	Si	26	36,88	14,43		
SLWS_TOTAL	No	80	28,15	4,48	0,228	0,819
	Si	26	27,23	6,09		
PANAS_POS	No	80	3,13	0,71	1,272	0,203
	Si	26	2,92	0,59		
PANAS_NEG	No	80	1,61	0,47	1,104	0,270
	Si	26	1,55	0,65		

7.2.3. En función del alcohol.

En este caso el estudio estadístico no nos dice que haya ningún dato significativo en cuanto al consumo de alcohol ni con escala ERICE ni con los cuestionarios de SLWS y PANAS + y PANAS -, así pues, no es significativamente relevante esta variable de consumo de alcohol con el resto de cuestionarios. (Ver tabla 7).

Tabla 7: Estadística de media de grupo para el consumo de alcohol.

	Consume alcohol	N	Media	Desviación estándar	U Mann-Whitney	
					Z	p
ERICE	No	93	30,37	14,47	0,473	0,637
	Si	13	28,00	12,62		
SLWS_TOTAL	No	93	27,57	5,05	1,894	0,058
	Si	13	30,46	2,63		
PANAS_POS	No	93	3,03	0,66	1,775	0,076
	Si	13	3,41	0,77		
PANAS_NEG	No	93	1,62	0,54	1,337	0,181
	Si	13	1,38	0,29		

7.2.4. En función del consumo de tabaco.

Al tener en nuestras sólo dos pacientes fumadores, la significación estadística puede considerarse un artefacto estadístico. (Ver tabla8).

Tabla 8: Estadística de media de grupo para el consumo de tabaco.

	Fuma actualmente	N	Media	Desviación estándar	U Mann-Whitney	
					Z	p
ERICE	No	104	30,33	14,24	1,372	0,170
	Si	2	17,00	2,83		
SLWS_TOTAL	No	104	27,87	4,93	0,932	0,351
	Si	2	31,00	1,41		
PANAS_POS	No	104	3,07	0,69	1,186	0,236
	Si	2	3,60	0,14		
PANAS_NEG	No	104	1,61	0,52	2,055	0,040
	Si	2	1,00	0,00		

7.2.5. En función del ejercicio físico.

En este caso se analizó la diferencia de medias obtenida en los cuestionarios y el FRCV en función de realizar ejercicio físico.

El variable “ejercicio físico” se categorizó en tres subgrupos (Sedentario, moderado y Activo), la diferencia estadística significativa se alcanzó al comparar el grupo de sedentarios con los activos, salvo para el caso del PANAS negativo, por esta razón estudiamos a continuación la diferencia que se alcanza entre estos dos subgrupos sin fijarnos en el subgrupo de actividad moderada porque carecen de significación estadística. (Ver tabla 9).

- **ERICE:** para el grupo de las 36 personas sedentarias el valor alcanzado de riesgo cardiovascular fue de 34.66. Diez puntos superiores al alcanzado por las 26 personas que se definían como activas. Este dato resultó ser significativo (p-valor 0,019). Por lo tanto, las personas más activas presentan un factor protector ante el riesgo cardiovascular.
- **SLWS total:** el grupo sedentario mostró una media de satisfacción por la vida de 26,03, mientras el grupo de activo fue del 30,69. Con un índice de significación muy fuerte de un p-valor $< 0,001$. Lo cual nos lleva a interpretar que las personas con una actividad física “activa” muestran una satisfacción por la vida mayor que las personas con una actividad física sedentaria.
- **PANAS POS.:** en este caso también se observa como el grupo sedentario adquiere una media de 2,81 y el grupo activo de 3,53, obteniendo un p-valor $< 0,001$, con lo que se deduce que las personas físicamente más activas muestran más nivel de afecto positivo que las más sedentarias.
- **PANAS NEG.:** con afecto negativo no se detectó un nivel significativo entre ambos grupos (sedentario y activo), con una media de 1,71 y 1,46 respectivamente. No apreciándose un p-valor 0,240 significativo entre ambos grupos.

Tabla 9: *Diferencia de medias en función de la actividad física.*

Actividad física		Media	p
ERICE	Sedentario	34,66	0,019
	Activo	24,46	
SLWS total	Sedentario	26,03	< 0,001
	Activo	30,69	
PANAS +	Sedentario	2,81	< 0,001
	Activo	3,53	
PANAS -	Sedentario	1,71	0,240
	Activo	1,46	

7.3. CORRELACIONES VARIABLES CUANTITATIVAS

Se realiza una ρ (Rho) de Spearman para el global (tabla 6) se muestra el estudio de correlación multivariada de variables edad, ERICE, SLWS, PANAS +, PANAS – para obtener los valores de (p). Se establecerá el nivel de significación ($p < 0,05$).

Los resultados (Ver tabla 10), muestran una correlación con:

7.3.1. EDAD

Edad con ERICE existe una correlación positiva de (0,798) con una significación $p < 0,001$ que los pacientes más añejos tienen un valor de ERICE más alto, en este caso sin distinción de sexo.

Edad con SLWS total: la correlación es negativa con (-0,302) con una significación 0,002 que nos hace afirmar que hay mayor satisfacción por la vida cuanto menos edad, así los más mayores están más insatisfechos. En este caso tampoco hay una diferencia en caso de que sean hombres (-0,343) o mujeres (-0,312) ambas con una fuerte significación de 0,018-0,016 respectivamente.

Edad con PANAS +: los afectos positivos son significativos en relación con la edad siendo (-0,416) con una significación bilateral $< 0,001$, resultó ser mayor para los hombres con (-0,477) que para las mujeres (-0,363), de lo que se interpreta que existen menos afectos positivos a mayor edad con más rigor en los hombres que en las mujeres.

Edad con PANAS -: en general no evidencia ninguna significación evidente en cuanto afectos negativos en relación con la edad pues el p-valor es de (0,645) en ambos sexos femenino y masculino no se observa una correlación con significancia estadística.

7.3.2. ERICE

ERICE con edad: explicado anteriormente (apartado 1).

ERICE con SLWS total: se interpreta en el resultado que la satisfacción por la vida es de (-0,271) con una significación (bilateral) de 0,005, con lo que deducimos que a mayor satisfacción por la vida menos factor de riesgo cardiovascular, es decir, menor valor en la escala ERICE. Siendo más evidente en el sexo masculino con (-0,329) que en el sexo femenino (-0,291). Con esta correlación se cumpliría parte de nuestra hipótesis para el cuestionario de SLWS:

El resultado de riesgo cardiovascular de la escala ERICE se encuentra relacionado directamente con los valores de satisfacción con la vida (SLWS).

ERICE con PANAS +: el resultado en la correlación en general muestra que existe una correlación negativa con el PANAS+ (-0,306) con una significación de 0,001. Por lo tanto, afirmamos que al aumentar el valor numérico del riesgo cardiovascular existe una disminución de los afectos positivos. Estos resultados al ser analizados por sexo encontramos que sólo adquieren significación p valor $< 0,001$ en los pacientes de sexo masculino (-0,489), mientras que en las mujeres (-0,205) no parece que haya una relación significativa entre el aumento de riesgo cardiovascular y la disminución de los afectos positivos. Con esta interpretación se relaciona otra parte de la hipótesis:

A más afectos positivos, menos índice de riesgo cardiovascular en la escala ERICE.

ERICE con PANAS-: existe una correlación positiva en la que se deduce con un p-valor de 0,512, con lo que se interpreta que no existe una correlación entre los afectos negativos y la escala de riesgo cardiovascular y tampoco con los diferentes sexos: hombres y mujeres.

7.3.3. SLWS TOTAL

SLWS con edad: explicado en el apartado de correlación de edad con SLWS.

SLWS con ERICE: explicado en el apartado correlación de ERICE con SLWS.

SLWS con PANAS +: existe una correlación positiva con SLWS (0,494) con una significación $< 0,001$. Así se interpreta que a mayor satisfacción con la vida más afectos positivos siente la persona. Estos resultados analizados por sexo, mantienen la significación en ambos sexos de p valor $\{0,000 - 0,005\}$, pero en el caso de los hombres hay un coeficiente de correlación mayor (0,606) que en las mujeres (0,364), con lo que

se puede deducir que los hombres mantienen más afectos positivos a mayor satisfacción con la vida que las mujeres.

SLWS con PANAS -: en caso de la correlación de afectos negativos con SLWS nos da resultado negativo (-0,262) con un p-valor de 0,007 con lo que se deduce que a más afectos negativos menos satisfacción con la vida. En esta correlación no hay evidencia significativa entre varones y féminas.

7.3.4. PANAS POSITIVO

PANAS + con edad: explicadas en apartados de correlación anteriores.

PANAS + con ERICE: explicadas en apartados de correlación anteriores

PANAS + con SLWS: explicadas en apartados de correlación anteriores

PANAS + con PANAS -: existe una correlación negativa de (-0,177) con un p-valor $>0,05$, lo que convierte a esta correlación poco significativa, excepto en caso de sexo femenino que siendo (-0,280) con un grado de significación de p-valor 0,032. lo que se deduce que en caso de las mujeres a más afectos negativos menos afectos positivos.

7.3.5. PANAS NEGATIVO

Ya explicadas las correlaciones en los otros apartados de correlación.

Tabla 10: *Correlaciones variables cuantitativas de grupo.*

		Edad	ERICE	SLWS	PANAS+	PANAS-
	Correlación		0,798	-0,302	-0,416	0,045
	Significación		$< 0,001$	0,002	$< 0,001$	0,645
ERICE	Correlación	0,798		-0,271	-0,306	0,064
	Significación	$< 0,001$		0,005	0,001	0,512
SLWS	Correlación	-0,302	-0,271		0,494	-0,262
	Significación	0,002	0,005		$< 0,001$	0,007
PANAS POSITIVO	Correlación	-0,416	-0,306	0,494		-0,177
	Significación	$< 0,001$	0,001	$< 0,001$		0,069
PANAS NEGATIVO	Correlación	0,045	0,064	-0,262	-0,177	
	Significación	0,645	0,512	0,007	0,069	

Se observa en la tabla 11 que existe una correlación negativa en cuanto al IMC en los hombres, con una significación de (-0,375) negativa, con un p-valor de 0,010. Así, se

interpreta que los hombres más añejos tienen menos IMC y más satisfacción con la vida y más afectos positivos. (Ver tabla11).

Tabla 11: *Correlaciones variables cuantitativas de hombres.*

Sexo			Edad	IMC	ERICE	SLWS TOTAL	PANAS POS	PANAS NEG
Hombre	Edad	Coefficiente de correlación	.	-0,375	0,799	-0,343	-0,477	-0,071
		Sig. (bilateral)		0,010	< 0,001	0,018	0,001	0,637
	IMC	Coefficiente de correlación	-0,375		-0,255	0,233	0,249	-0,024
		Sig. (bilateral)	0,010		0,088	0,119	0,095	0,872
	ERICE	Coefficiente de correlación	0,799	-0,255		-0,329	-0,489	-0,144
		Sig. (bilateral)	< 0,001	0,088		0,024	0,000	0,335
	SLWS_TOTAL	Coefficiente de correlación	-0,343	0,233	-0,329		0,606	0,001
		Sig. (bilateral)	0,018	0,119	0,024		< 0,001	0,996
	PANAS_POS	Coefficiente de correlación	-0,477	0,249	-0,489	0,606		0,076
		Sig. (bilateral)	0,001	0,095	< 0,001	< 0,001		0,610
	PANAS_NEG	Coefficiente de correlación	-0,071	-0,024	-0,144	0,001	0,076	
		Sig. (bilateral)	0,637	0,872	0,335	0,996	0,610	

En la tabla 12, no se diferencias datos significativos en relación con el IMC y demás variables, con lo que no existe significación relevante. (Ver tabla12).

Tabla 12: *Correlaciones variables cuantitativas de mujeres.*

Sexo			Edad	IMC	ERICE	SLWS TOTAL	PANAS POS	PANAS NEG
Mujer	Edad	Coefficiente de correlación		-0,137	0,781	-0,312	-0,363	0,106
		Sig. (bilateral)		0,304	< 0,001	0,016	0,005	0,426
	IMC	Coefficiente de correlación	-0,137		-0,114	-0,003	-0,135	0,062
		Sig. (bilateral)	0,304		0,395	0,980	0,313	0,645
	ERICE	Coefficiente de correlación	0,781	-0,114		-0,291	-0,205	0,177
		Sig. (bilateral)	0,000	0,395		0,025	0,119	0,181
	SLWS TOTAL	Coefficiente de correlación	-0,312	-0,003	-0,291		0,364	-0,223
		Sig. (bilateral)	0,016	0,980	0,025		0,005	0,090
	PANAS POS	Coefficiente de correlación	-0,363	-0,135	-0,205	0,364		-0,280
		Sig. (bilateral)	0,005	0,313	0,119	0,005		0,032
	PANAS NEG	Coefficiente de correlación	0,106	0,062	0,177	-0,223	-0,280	
		Sig. (bilateral)	0,426	0,645	0,181	0,090	0,032	

8. DISCUSIÓN

A nivel general, los resultados obtenidos en la presente investigación dejan aún más patente la relación entre salud, satisfacción y bienestar (o felicidad, como se la conoce comúnmente). En otras palabras las personas que se perciben a sí mismas como más sanas física y mentalmente, se sienten mejor consigo mismas y más felices que las personas con peor salud cardiovascular. Este resultado es coherente con los alcanzados por los tres estudios más importantes llevados a cabo hasta la fecha en este campo de investigación: las revisiones de Lyubomirsky et al.³⁹. y de Pressman y Cohen ⁴⁰ y el metaanálisis de Howell et al.⁴¹. Estos tres estudios muestran de forma consistente la relación entre Bienestar percibido y salud y los efectos beneficiosos del mismo sobre esta última. Se pudo comprobar cómo la relación entre salud y Bienestar ha sido estudiada desde muy antiguo, desde los primeros médicos más importantes de la historia (como Hipócrates y Galeno), pasando por los trabajos de Canon, la medicina psicosomática de Alexander, el “síndrome general de adaptación” de Selye, la “indefensión aprendida” de Seligman⁴² y, más recientemente, los estudios sobre las emociones positivas de Fredrickson⁴³ y sus colaboradores. Por lo tanto, los resultados de la presente investigación irían en la misma línea marcada desde los primeros estudios hasta las últimas investigaciones llevadas a cabo en este campo hasta la fecha.

Asimismo, y salvo excepciones (p. ej., Binder y Coad, ⁴⁴), la mayoría de los estudios realizados en este campo han empleado muestras de población sana, y sus resultados señalan los efectos beneficiosos del Bienestar en la salud. Las muestras participantes en la presente investigación formaban parte de la población general (sana y no sana) por lo que, en principio, las evaluaciones subjetivas de su Estado de Salud recogidas en la misma deberían de coincidir con su salud objetiva.

Por otro lado, el factor: actividad física, bienestar con satisfacción con la vida y estado de salud en población rural mayor de 65 años, nos refiere que el estudio es más significativo en varones que manifiestan realizar una actividad física más activa, más bienestar emocional positivo y más satisfacción con la vida, lo cual parece ser un escudo protector frente a los factores de riesgo cardiovascular.

Aunque, en los últimos estudios epidemiológicos, García Ferrando ⁴⁵, se sigue señalando una mayor participación del hombre frente a la mujer en cuanto a actividad física, en algunos estudios más, se ha considerado ineficaz el estudio de variables como el sexo para explicar la satisfacción con la vida⁴⁶, en otros trabajos han aparecido relaciones

significativas respecto a esta variable de sexo. Concretamente, la práctica de actividad física regular en las mujeres adultas y de edad avanzada podría aumentar la satisfacción con la vida, la satisfacción con su propio cuerpo y el bienestar personal ⁴⁷.

Las personas adultas físicamente activas son más optimistas que las personas inactivas y se comprometen a realizar ejercicio físico mucho antes que las personas pesimistas. Por otra parte, las personas moderadamente activas y las más activas tienen una elevada autoeficacia física y menor riesgo de ansiedad ⁴⁸⁻⁵¹. La práctica de actividad física de forma habitual también se relaciona positivamente con una mayor autoeficacia física en personas mayores ⁵². Las personas mayores sedentarias presentan niveles de satisfacción con la vida más bajos que aquéllas que realizan actividad física de forma individual o participando en actividades grupales Barriopedro⁵³, et al. Por otra parte, la actividad física que realizan las personas mayores se relaciona positivamente con la percepción subjetiva del bienestar, de manera que la satisfacción con la vida y la felicidad se incrementa de forma significativa, mientras que el sentimiento de soledad decrece significativamente ⁴⁸. Dionigi ⁵⁴ observó a personas mayores entre 65 y 72 años que participaron en un programa de 12 semanas de entrenamiento de resistencia de intensidad moderada/alta obteniendo finalmente un incremento en el bienestar. Según Gallahue y Ozmun ⁵⁵ factores como el ejercicio, un estilo de vida activo y la capacidad de ejecutar las actividades diarias con eficacia pueden tener un impacto positivo sobre cómo las personas mayores se sienten y cómo las otras personas los ven.

Sánchez, et al⁵³. aplicaron un programa de actividad física gerontológica, capaz de generar cambios en los indicadores de aptitud física, demostrando un aumento significativo de la afectividad positiva y disminución significativa de la afectividad negativa y depresión. Berger y McInnam⁵⁶ revisando estudios sobre la actividad física y la satisfacción con la vida identificaron que los sentimientos positivos de autoestima, autoconcepto, autoeficacia y autoimagen están presentes en dicha relación. Además, Carvalho⁵⁷ y Esperança, verificaron que los jóvenes con necesidades educativas especiales que practicaban deporte estaban más satisfechos con la vida que los que no practicaban. Sin embargo, faltan estudios que relacionen los hábitos de consumo con el ejercicio físico y la satisfacción con la vida a través del ejercicio físico, ya que son claves para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

9. LINEAS FUTURAS DE ACTUACIÓN

- ✓ El estudio que se realizó abre una nueva línea de investigación dentro de la población rural y más concretamente en población mayor de 65 años, al no haberse realizado ningún trabajo de investigación previo sobre este tema en concreto.
- ✓ Convendría investigar cuales son las diferencias fundamentales que hacen que los hombres obtengan mejores resultados en cuanto a la satisfacción de la vida, para implantarlo en las mujeres y acabar mejorando esta variable de satisfacción.
- ✓ Se debería profundizar en promocionar programas de actividad física para este tipo de población, adecuándolo a las patologías de cada persona, para así obtener mejor estado de salud y definitiva mejor bienestar emocional.
- ✓ Estos resultados obtenidos con la investigación podrán servir como base para futuras enfermeras y enfermeros que quieran desarrollar un trabajo sobre la forma de prevenir la enfermedad cardiovascular y fomentar la satisfacción por la vida y el afecto positivo y fomentar la actividad física.
- ✓ En futuras investigaciones sería interesante seguir clarificando el peso que tienen otros criterios, como el afectivo o el físico, en el indicador global de la satisfacción con la vida en personas mayores de medio rural y compararlo con la población del medio urbano.
- ✓ Al igual que ocurre en las ciudades, donde los mayores cuentan con una amplia oferta de actividades para mantenerse activos, los habitantes de los pueblos deberían tener la misma oportunidad, más si cabe debido al alto grado de sobreenvjecimiento de la población y de las situaciones de soledad y aislamiento en la que muchos viven.
- ✓ El estudio no está exento de limitaciones. En efecto, la muestra de personas mayores que participó pudiera no ser representativa (106 pacientes). Sin embargo, y a pesar de esta limitación los resultados de este trabajo ponen de manifiesto que el cuestionario PANAS en este segmento de edad está justificado. Es de gran interés conocer la relación entre el afecto y la salud, pues de esta comprensión se podrían derivar ajustes de interés en los programas de atención sanitaria y de prevención en atención primaria.

10. CONCLUSIONES

1. La presente investigación, tras analizar los resultados obtenidos en la misma, ve cumplidos los objetivos generales y específicos que se había marcado y, respecto a estos últimos, la hipótesis de partida se ve confirmada.
2. La ecuación ERICE es más directa y fiable para valorar el factor de riesgo cardiovascular que la ecuación REGICOR, la escala ERICE no condiciona con la variable edad, además está mejor adaptada a nuestra población española y admite más variables, como la diabetes mellitus y el tratamiento con fármacos hipertensivos, habitualmente no incluidos en otras ecuaciones.
3. El valor de la escala ERICE está relacionado con la edad, afectos positivos, afectos negativos, satisfacción con la vida, actividad física e IMC. Existe según este estudio una relación directa con la actividad física, siendo menor cuanto más activo se está físicamente, mantiene una estrecha relación también con un mayor afecto positivo y una mayor satisfacción con la vida, siendo mayor en hombres que en mujeres, lo que significa que los varones tienen
4. menos riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular ECV que las mujeres.
5. Ser mayor, mujer y mostrar poca satisfacción con la vida y muchos afectos negativos son condicionantes que hacen tener mayor índice de riesgo cardiovascular ERICE, lo que significa que existe mayor probabilidad de padecer ECV.
6. Las metas óptimas para que las personas mayores perciban una mayor satisfacción con la vida a través del ejercicio físico serían las centradas en estimular el sentimiento de bienestar y satisfacción con la vida, ya que ambos pilares contribuyen a aumentar las emociones positivas, y disminuir las negativas, redundando, por ende, en mayor felicidad, mejor estado de salud y menor riesgo cardiovascular.

11. BIBLIOGRAFÍA

- 1-Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Ho M, et al. Heart disease and stroke statistics– 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2008; 117: e25–e146.
- 2-Organización Mundial de la Salud [Internet] Nota descriptiva de enfermedades vasculares [citado enero 2015]. [1pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- 3-Guisado A. et al. ¿Cuáles son las diferencias entre las funciones para la evaluación del riesgo cardiovascular? *CardiCore* 2012;47(1):12-15
- 4- Álvarez A, Las tablas del riesgo cardiovascular MEDIFAM marzo 2001 Vol. 11 – Núm. 3
- 5-Gabriel R et al. La ecuación ERICE: la nueva ecuación autóctona de riesgo cardiovascular para una población mediterránea envejecida y de bajo riesgo en España. *Rev.Esp. Cardiología* 2015;68(3):205-215
- 6-Baena Díez JM, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 367-73.
- 7-ERICE Research Group. Prediction of coronary heart disease in Europe. The 2 nd report of the WHO-ERICA Project. *Eur Heart J.* 1991; 12:291–7.
- 8- World Health Organization (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization. En *Official Records of the World Health Organization* (nº 2, p. 100). Recuperado el 12 de septiembre de 2012.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- 9- Howell, R. T., Kern, M. L. y Lyubomirsky, S. Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, (2007). 1, 83-136.
- 10-Lyubomirsky, S., King, L. A. y Diener, E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, (2005). 131, 803-855.
- 11-Pressman, S. D. y Cohen, S. Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*. (2005). 131, 925-971.
- 13- Almedon, A. M. y Glandon, D. Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, (2007). 12, 127-143

- 14- Gómez, M.J. La atención a las personas mayores desde una aproximación multidisciplinar. Barcelona (2013).: Editorial Horsori.
- 15-Watson, D. y A. Tellegen “Toward a Consensual Structure of Mood”. *Psychological Bulletin*, (1985). 98(2). 219-235, 1985.
- 16-Clark, L et al. “Temperament, Personality, and the Mood and Anxiety Disorders”, *Journal of Abnormal Psychology* (1994).. 103(1), 103-116.
- 17-Little, L et al. “Health Among Leaders: Positive and Negative Affect, Engagement and Burnout, Forgiveness and Revenge”, *Journal of Management Study*. (2007). 44(2).
- 18-Montpetit, M. A. Negative Affect and Stress: A Dynamical Systems Analysis. Notre Dame, Indiana, University of Notre Dame (2007).
- 19-Watson, D. y J. Pennebaker “Health Complaints, Stress and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity”. *Psychological Review*, (1989). 96(2). 234-254.
- 20-Sandín, B. Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* (2003), 8, 173-182.
- 21-Taylor, S.S., Davis, M.C., & Zautra, A.J. Relations hipstatus and quality moderate dail y pain-related changes in physical disability, affect, and cognitions in women with chronic pain. *Pain*, (2013). 154, 147-153.
- 22-Krijthe, B.P., Walter, R.S., Hofman, A., Hunink, M.G., & Tiemeier, H. Is positive affect associated with survival?. A population-based study of elderly persons. *American Journal of Epidemiolog* (2011). 173, 1298-1307.
- 23-Tsang, A. Von Korff, M. et al. Common chronic pain conditions in developed and developing countries:gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders.*Journal of Pain* 9 (2008). 883-891
- 24-Diener E, Lucas RE. Personality and subjective well-being. En: Kahneman D, Diener E, Schwarz N, editores. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 1999. p. 213–27.
- 25-Pavot W, Diener E. Review of the Satisfaction with Life scale. *Psychological Assessment*. 1993; 5:164–72.
- 26- Diener, E et al. The Satisfaction With Life Scale.*Journal of Personality Assessment* (1985). ,49, 7175.http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

- 27-Diener, E., y Gonzalez, E. The validity of life satisfaction measures. Social Indicator Network News, (2011). 108, 1-5.
- 28-Schimmack, U., y Oishi, S. The influence of chronically accessible and temporarily accesible information on life satisfaction judgments. Journal of Personality and Social Psychology (2005)., 89, 395-406. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.89.3.395>
- 29-Diener, E., Inglehart, R., y Tay, L. The validity of life satisfaction measures.Social (2012).Indicators Research, in press.
- 30-Diener, E., y Seligman, M. E. P. Very happy people. Psychological Science, (2002). 13, 80-83. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.00415>
- 31-Lyubomirsky, S., King, L. A., y Diener, EThe benefits of frequent positive affect. Psychological Bulletin. (2005)., 131, 803-855. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- 32-Vázquez, C., Rahona, J.J., Gómez, D. y Hervás, G. Mind over matter: A national representative study of the relative impact of physical and psychological problems on life satisfaction (2012). Manuscrito enviado para publicación.
- 33-Diener, E., y Gonzalez, E. The validity of life satisfaction measures. Social Indicator Network News, (2011). 108, 1-5.
- 34-Xu, J. P., y Roberts, R. E. The power of positive emotions: It's a matter of life or death-subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. Health Psychology (2010)., 29, 9-19. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016767>
- 35- Abellán, A. García A., Ayala, A. Pujol, R. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red (2016). ISSN: 2340-566X
- 36- Instituto Aragonés de Estadística. Indicadores demográficos del Movimiento Natural de la Población Distritos censales del municipio de Zaragoza. Años 1996-2000. Zaragoza, IAEST, 2003.
- 37- Aubá Estremera, N. Et Alii: “El envejecimiento de la población de Aragón (1900-1981)”, Geographicalia, n.º 25, 1985, pp. 5-44.
- 38-Germán C. Ciudad de Alcalá la Real. Ciudad Saludable. Diagnósticos de Salud.1993.p 178-91.

- 39- Lyubomirsky, S., King, L. A. y Diener, E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin* (2005)., 131, 803-855.
- 40-Pressman, S. D. y Cohen, S. Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, (2005). 131, 925-97
- 41-Howell, R. T., Kern, M. L. y Lyubomirsky, S. Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, (2007). 1, 83-136.
- 42-Seligman, M. E. *PLa vida que florece*. Barcelona: (2011). Ediciones B.
- 43-Fredrickson, B. L., Tugade, M., Waugh, C. E. y Larkin, G. R. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, (2001). *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376
- 44-Binder, M. y Coad, A. “I’m afraid I have bad news for you...” Estimating the impact of different health impairments on subjective well-being. *Social Science and Medicine*, (2013). 87, 155-167.
- 45-García Ferrando, M. Posmodernidad y deporte: Entre la individualización y la masificación. Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles(2005). Madrid: CSD y CIS.
- 46-Ash, C., y Huebner, E. S. Environmental events and life satisfaction reports of adolescents: A test of cognitive mediation. *School Psychology International*, (2001). 22, 320-336.
- 47-Štirbova, D., Harvanová J., Hrochová-Hrubá, R., y Elfmark, M. Life Satisfaction and the motivation to adopt physical activity in females of middle and late adulthood. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*. (2009)., 2 (39)
- 48-Kavussanu, M., y McAuley, E. Exercise and optimism. Are highly active individuals more optimistic? *Journal of Sport and Exercise Psychology*, (1995). 17, 246-258
- 49- McAuley, E., Blissmer, B., Márquez, D., Jerome, G. J., Kramer, A. F., y Katula, J. Social relations, physical activity, and well-being in older adults. *Preventive Medicine* (2000)., 31, 608-617
- 50-Biddle, S. J. H. (1997). Cognitive theories of motivation and the physical self. En K. R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well being* (pp. 59-82). Champaign, IL: Human Kinetics.

- 51-Langan, M. E. Physical activity as a predictor of perceived Self-efficacy in young-old and old-old men and women. Dissertation Abstracts international, (1997), vol 58 (5A). US: University Microfilms
- 52-Barriopedro, M. Iat al. Relación de la actividad física con la depresión y Satisfacción con la vida en la tercera edad. Revista de Psicología del Deporte, . (2001). 1(2), 239-246
- 53-Gallahue, D., y Ozmun, Y. Motor development infants, children, adolescents, adults(1995).. Madison: Brown & Benchmark
- 54- Sánchez, P. A., Ureña, F., y Garcés de los Fayos, E. J. Repercusiones de un programa de actividad física gerontológico sobre la aptitud física, autoestima, depresion y afectividad. Cuadernos de Psicología del Deporte (2002), 2(2), 57-74.
- 55-Berger, B., y McInman, A Exercise and the Quality of Life. En R. Singer, M. Murphey y L. Tennant (Eds.), Hanbook of Research on Sport Psychology (1993). (pp. 792-760). New York: MacMillan Publishers.
- 56-Carvalho, L. A. (2005). Actividade física e a satisfação com a vida em adolescentes com necessidades educativas especiais. Dissertação (Mestrado em Ciência do Desporto - Actividade Física Adaptada) - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto, Porto.
- 57-Esperança, JActividade física, comportamentos de saúde e satisfação com a vida. Estudo realizado em Jovens com Necessidades Educativas Especiais de várias escolas do País. Dissertação (Mestrado em Ciência do Desporto - Actividade Física Adaptada) - Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, (2005). Universidade do Porto, Porto.

12. ANEXOS

Anexo 1

DATOS BÁSICOS DE ARAGÓN · Instituto Aragonés de Estadística

COMARCAS

Indicadores demográficos

Año 2016.

	Porcentaje de población de 65 y más años	Edad media	Índice de envejecimiento	Índice de sobreenvhecimento	Tasa de masculinidad
Total Aragón	21,3	44,4	115,0	18,6	97,9
La Jacetania	20,9	44,9	118,0	21,3	102,9
Alto Gállego	20,6	45,1	118,0	20,6	102,3
Sobrarbe	22,7	46,6	146,4	20,8	113,7
La Ribagorza	23,7	47,1	154,3	23,4	109,5
Cinco Villas	23,3	46,4	142,5	19,9	103,8
Hoya de Huesca/Plana de Uesca	20,9	44,1	108,8	20,3	95,9
Somontano de Barbastro	23,7	45,8	133,7	22,0	98,7
Cinca Medio	20,8	43,8	106,0	19,3	104,0
La Litera/La Llitera	25,2	46,3	140,4	21,4	107,7
Los Monegros	28,6	49,2	210,1	21,2	107,3
Bajo Cinca/Baix Cinca	20,5	43,7	109,4	18,4	105,6
Tarazona y el Moncayo	24,9	46,0	138,4	19,2	102,6
Campo de Borja	24,9	46,3	144,3	18,4	106,3
Aranda	26,1	48,3	178,8	18,9	107,9
Ribera Alta del Ebro	19,3	43,5	101,6	19,2	103,5
Valdejalón	18,9	42,6	95,7	19,9	107,3
D.C. Zaragoza	19,8	43,4	102,3	16,4	93,6
Ribera Baja del Ebro	25,6	47,4	154,9	21,9	104,1
Bajo Aragón-Caspe/ Baix Aragón-Casp	22,8	44,6	122,5	19,2	109,5
Comunidad de Calatayud	26,8	47,5	173,9	21,6	105,3
Campo de Cariñena	24,3	47,0	162,0	22,7	109,8
Campo de Belchite	35,5	53,2	310,6	21,2	115,7
Bajo Martín	30,0	49,4	202,2	21,4	101,6
Campo de Daroca	34,6	52,6	320,4	22,9	115,0
Jiloca	29,9	49,2	196,6	23,9	107,6
Cuencas Mineras	24,8	47,0	163,3	19,2	112,9
Andorra-Sierra de Arcos	21,4	45,6	128,4	21,9	103,0
Bajo Aragón	21,2	43,9	106,5	20,9	100,9
Comunidad de Teruel	21,6	44,7	115,8	23,1	96,4
Maestrazgo	28,1	49,0	204,5	21,4	115,7
Sierra de Albarracín	29,9	50,5	251,4	24,4	122,3
Gúdar-Javalambre	24,5	46,4	149,3	23,3	116,9
Matarranya/Matarranya	28,0	48,3	177,6	22,7	106,9

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística.

Anexo 2

Abordaje de la Fibrilación Auricular en la prevención primaria del ictus isquémico en Atención Primaria. CS Belchite, 2015

ANEXOII

Q-1

FILIACION . DATOS GENERALES

Código Paciente

--	--	--	--	--	--

Provincia

Localidad

Centro de Salud

Edad

Sexo

☐ Mujer = 1

☐ Hombre = 0

Se dispone de ECG en el consultorio

☐ Sí = 1

☐ NO = 0

Dificultad de acceso

☐ Se desplaza ECG 0

☐ Se desplaza Paciente 1

Desplazamiento del Pte

☐ Vehículo propio Pte 0

☐ Vehículo ajeno Pte 1

Q-2

ANTECEDENTES

Código Paciente

--	--	--	--	--	--

Diagnóstico previo de Fibrilación Auricular ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Pluripatología (mas de 2 Enf Cr .Reagudizables) ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Insuf. Cardíaca ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Hipertensión Arterial ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Enf. Renal (Filtrado Glomerular < 60 ml) ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Valvulopatía ☐ SI = 1 Especificar:
☐ NO = 0

Arteriopatía Periférica ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Infarto Miocárdio Previo ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Coronariopatía (angor, etc...) ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Actividad Física ☐ 0 = Sedentario
☐ 1 = Moderado
☐ 2 = Activo

Enfermedad Tiroidea ☐ 0 = Normotiroides
☐ 1 = Hipotiroides
☐ 2 = Hipertiroides

Peso ☐ 0 = Bajo (IMC < 20)
☐ 1 = Normal (IMC 20- 25)
☐ 2 = Sobrepeso (IMC > 25 – 30)
☐ 3 = Obesidad (IMC > 30)

Hemorragias previas (digestivas o diátesis hemorrágica) ☐ SI = 1
☐ NO = 0

ICTUS previo ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Enfermedad cerebro vascular /multinfartos, AIT) ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Deterioro cognitivo. Demencia ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Dislipemia (C -Total > 200) ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Hipertrigliceridemia (superior a 150) ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Apnea del sueño ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Portador de marcapasos ☐ SI = 1
☐ NO = 0

LDL (L-Colesterol > 130) ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Diabetes ☐ 0 = Tipo I
☐ 1 = Tipo II.ADO
☐ 2 = Tipo II. ADO + Insulina

Consumo de Alcohol ☐ 0 = No consume
☐ 1 = Consumo moderado
☐ 2 = Consumo excesivo

Consumo Tabaco ☐ 0 = No fumador
☐ 1 = Extumador < 1 año
☐ 2 = Extumador > 1 año
☐ 3 = Fumador

Q-3

TRATAMIENTO

Código Paciente

--	--	--	--	--	--

Número de Fármacos Crónicos

Acecumarol o Warfarina (sintron) ☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

INR, Anotar los tres últimos, primero el mas reciente.

Control de INR ☐ 0 = Estable

☐ 1 = Algo inestable

☐ 2 = Dificil control. (< del 60% del tiempo en rango)

Otros Anticoagulantes. (Davigatran, Rivaroxaban, Apixaban, ...) ☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Betabloqueantes. (Aterolol, Bisoprolol, metoprolol, otros)

☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Heparina ☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Calcioantagonistas. (Diltiazem, Verapamilo)

☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Acido Acetilsalicílico. (Adiro, AAS, ...) ☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Digoxina

☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Clopidrogel. (Plavix, ...)

☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Antiarrítmicos. (amiodarona, dronedarona, flecainida, disopiramida, otros)

☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

AINES de forma crónica (> de 6 meses al año) ☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Q-4

EXPLORACIÓN FÍSICA

Código Paciente

--	--	--	--	--	--

Episodios de mareos
No posturales ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Episodios de palpitaciones irregulares
continuas que pueden aumentar con el esfuerzo ☐ SI = 1
☐ NO = 0

Peso

Talla

IMC

Perímetro
Abdominal

SO2 %

SO2 < a 95%

☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

TAS media de dos
tomas consecutivas

Control de TA.
Valores normales.
(< de 140/90 o de 130/80
en diabéticos)

☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Pulso rítmico
durante las tomas
de la TA?

☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

TAD media de dos
tomas consecutivas

Pulso Radial Rítmico?

☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Pulso Radial Filiforme?
Irregularidad en la intensidad
del pulso

☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Pulso en Auscultación
Cardíaca Rítmico?

☐ 0 = NO
☐ 1 = SI

Frecuencia del pulso
Radial. Contar un mínimo de
30 segundos

Frecuencia de Auscultación
Cardíaca. Contar un mínimo de 30
segundos

Q-5

LABORATORIO

Código Paciente

--	--	--	--	--	--

Análítica de fecha inferior a seis meses del día del ECG

Fecha

Hematies

Sodio

Colesterol Total

Hemoglobina

Potasio

Colesterol LDL

Hematocrito

GOT

Colesterol HDL

Hierro

GPT

TGC

Creatinina

gamma GT

Glucemia

Filtrado Glomerular

Fosfatasa Alcalina

Hb glicosilada. Si es
diabético

THS

T4

Q-6

ESCALAS DE RIESGO

Escala CHAD2

Factor de riesgo

Puntuación

Insuficiencia cardíaca congestiva

1

Hipertensión

1

Edad ≥ 75

1

Diabetes mellitus

1

ACV o AIT previos

2

Puntuación

Código Paciente

--	--	--	--	--	--

Escala CHA2DS2-VASc

Factor de riesgo	Puntuación
Insuficiencia cardiaca congestiva/ disfunción ventricular izquierda	<input type="text"/> 1
Hipertensión	<input type="text"/> 1
Edad ≥ 75	<input type="text"/> 2
Diabetes mellitus	<input type="text"/> 1
ACV/ ataque isquémico transitorio/ tromboembolismo	<input type="text"/> 2
Enfermedad vascular	<input type="text"/> 1
Edad 65-74	<input type="text"/> 1
Sexo (mujer)	<input type="text"/> 1
Puntuación	<input type="text"/>

Escala de riesgo HAS-BLED

Factor de riesgo	Puntuación
Hipertensión	<input type="text"/> 1 Presión arterial sistólica > 160 mmHg .
Función renal anormal.	<input type="text"/> 1 F. Renal alterada si diálisis, trasplante renal o Creatinina $> 2,26$ mgrl.
Función hepática anormal	<input type="text"/> 1 F. Hepática alterada si GOT, GPT, gamma GT o Fosfatasa Alcalina con valores superiores a 3 veces valores de referencia
Ictus Previo	<input type="text"/> 1
Historia o predisposición al sangrado	<input type="text"/> 1 Historia previa de sangrado o predisposición al sangrado
INR lábil	<input type="text"/> 1 INR con poco tiempo en intervalo terapéutico (< 60 %)
Edad avanzada. edad > 65 años)	<input type="text"/> 1
Alcohol	<input type="text"/> 1 Abuso/exceso de la ingesta de alcohol
Fármacos	<input type="text"/> 1 Uso de aspirina o AINE concomitantes
Puntuación Total	<input type="text"/> 25

Q-7

ELECTROCARDIOGRAMA

Fecha de realización del ECG

Código Paciente

--	--	--	--	--	--

Diagnóstico de 0 = NO
Enfermería de Fibrilación 1 = SI
Auricular

Poner código de paciente en el ECG. Realizar el ECG meticulosamente para evitar artefactos y que salga una línea basal limpia de movimientos anómalos. Colocar las derivaciones precordiales en su sitio de referencia. Hacer una tira de ritmo con las precordiales derechas V1-V3 y en su defecto V2, de **al menos** 40 centímetros de longitud. Pegar o grapar en la hoja, tras comprobar una lectura limpia.

Criterios diagnósticos ECG de Fibrilación Auricular: 1) Arritmia que se aprecia al observar espacios R-R irregulares. 2) Ausencia de ondas p, en su lugar aparecen ondas irregulares (ondas f) con una frecuencia que oscila de 300 a 700.

Anexo 3

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Escalas ERICE y REGICOR y su relación con el afecto y satisfacción con la vida en la población rural mayor de 65 años de C.S. Campo de Belchite.

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en Centro de Salud Campo de Belchite. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias
- Consultar con su médico-persona de confianza
- Tomar una decisión meditada
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

Se le solicita su colaboración porque entra dentro del grupo mayores de 65 años seleccionados para hacer este estudio de investigación. Se ha hecho la selección de forma aleatoria y de toda la población en general de los pueblos

elegidos para este estudio. En total en el estudio participarán 144 pacientes de estas características.

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en el mundo constituyen la causa más frecuente de morbilidad en España y la causa más frecuente de muerte prematura en Europa. Debemos conocer los factores de riesgo que determinan la aparición de la enfermedad coronaria, así como ser capaces de clasificar a la población en función del riesgo de padecer episodios cardiovasculares, para aplicar las medidas de prevención primaria, en aquellos en los que se espere un mayor beneficio. De esta necesidad surgen las diferentes funciones de estimación del riesgo cardiovascular.

En este estudio se quiere investigar si existe alguna relación entre los factores de riesgo cardiovascular y su relación con el bienestar de la persona y su estado emocional.

Creemos que este estudio puede ayudar a mejorar el abordaje de la enfermedad cardiovascular, por un lado, detectando los riesgos: hipertensión, actividad física, diabetes, obesidad, tabaquismo, y por otro lado detectando el estado emocional del paciente. Por tanto, mejoraremos la prevención y ayudaremos a que disminuya la aparición de enfermedad cardiovascular.

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar esto no afectará a su asistencia o a su relación con el investigador y su equipo.

Aunque una parte el estudio consta de actividades clínicas que entran dentro de procedimiento habitual de una consulta de enfermería como se hace de forma habitual, la otra parte de las dos entrevistas también se realizará en la consulta de enfermería. Las entrevistas serán hechas en una única visita de unos minutos de duración, no suponiendo apenas ninguna molestia adicional a su asistencia habitual.

La participación en este proyecto de investigación no supondrá ningún riesgo adicional para usted. En caso de encontrar alguna alteración, desajuste en el tratamiento o hallazgo en su analítica, esa información que la obtendrá la enfermera, se la comunicará a su médico para que tome las medidas oportunas.

Todo documento de recogida de los datos se identificará por un código que hará que no se pueda asociar a su identidad. La relación de su nombre con un código se guardará de manera confidencial por el investigador principal del proyecto, garantizando de esta forma y en todo momento su confidencialidad. Usted podrá acogerse y hacer uso de las garantías que le ofrece la Ley 15/99 de protección de datos.

EL presente proyecto se realizará de acuerdo a las buenas prácticas clínicas en investigación recogidas en la legislación nacional e internacional y los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, de su última asamblea Brasil en 2013.

Su participación es en todo momento voluntaria, pudiendo abandonar el proyecto o negarse a participar sin que ello se vea afectado por la calidad asistencial sanitaria.

Este consentimiento informado se lo puede llevar y consultar con terceras personas o con quien considere oportuno antes de aceptar a participar. Se le entregará una copia firmada quedando otra en poder del investigador quien lo conservará.

Este proyecto no tiene fuente de financiación externa, realizándose íntegramente con los recursos asistenciales habituales.

Para cualquier consulta o aclaración puede dirigirse a su enfermera quien responderá de las dudas que usted tenga.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO:

Escalas ERICE y REGICOR y su relación con el afecto y satisfacción con la vida en la población rural mayor de 65 años de C.S. Campo de Belchite.

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído el documento de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

.....
.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del investigaodr:

Fecha:

.....
.....

12 de junio 2017

Yo, Yolanda Manero Ansón con DNI:25162174J, enfermera de C.S. de Campo de Belchite.

SOLICITO:

Autorización para acceder a datos de pacientes que entran en Trabajo Fin de Máster Universitario en Iniciación en la Investigación en Ciencias de la Enfermería 2016-2017.

Médico: Mar Gracia Tricas, coordinadora médica de Centro de Salud de Campo de Belchite y Enfermero: Carlos Cubel Campos, coordinador de enfermería en Centro de Salud de Belchite.

EXPONGO:

Qué estando realizando estudios de Máster Universitario, solicita permiso para acceso de datos de los pacientes de zona de C.S. Campo de Belchite mayores de 65 años que están incluidos en mi trabajo de investigación, cuyo título es:

Escalas ERICE y REGICOR y su relación con el afecto y satisfacción con la vida en la población rural mayor de 65 años de C.S. Campo de Belchite.

Lo que firmo en Zaragoza, a 12 de junio de 2017

12 JUN 2017



Mar Gracia Tricas

Coordinadora médica C.S.Belchite

C.S. BELCHITE
C/. Portal de la Villa, s/nº
Tel. 976 830.550
50130 Belchite (Zaragoza)



Carlos Cubel Campos

Coordinador de enfermería C.S.Belchite

Dña. María González Hínjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 21/06/2017, Acta Nº 12/2017 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Escalas ERICE y REGICOR y su relación con el afecto y satisfacción con la vida en la población rural mayor de 65 años de C.S. Campo de Belchite.

Alumno: Yolanda Manero Ansón

Directores: Concha Germán Bés y Fernando Urcola Pardo

Centro de realización: CS Campo de Belchite

Versión protocolo: Versión 02 / 12-06-2017.

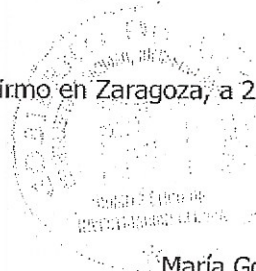
Versión Documento de información y consentimiento: Versión 02 / 12-06-2017.

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención del consentimiento informado, el cumplimiento de la LOPD y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 21 de junio de 2017



María González Hínjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

		Varones sin tratamiento antihipertensivo								Varones sin tratamiento antihipertensivo								
		Diabéticos								No diabéticos								
		No fumadores				Fumadores				No fumadores				Fumadores				
Colesterol		< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	
≥ 80	PAS	≥ 180	56	57	58	55	66	67	69	65	46	47	48	45	56	57	58	55
		160-180	54	54	56	52	64	65	67	63	44	45	46	43	54	54	56	52
		140-160	51	51	53	49	61	62	64	60	41	42	44	40	51	51	53	49
		<140	38	38	40	36	47	47	49	45	30	30	32	30	38	38	40	36
70-79	PAS	≥ 180	35	35	37	34	43	44	45	42	27	28	29	27	35	35	37	34
		160-180	33	33	35	32	41	42	43	40	26	26	28	25	33	33	35	32
		140-160	31	31	33	30	39	39	41	37	24	25	26	23	31	31	33	30
		< 140	22	22	23	21	28	28	29	27	17	17	18	16	22	22	23	21
60-69	PAS	≥ 180	24	24	25	23	30	30	32	32	18	19	19	18	24	24	25	23
		160-180	22	23	24	22	28	29	30	30	17	18	18	17	22	23	24	22
		140-160	21	21	22	20	27	27	28	26	16	16	17	15	21	21	22	20
		< 140	14	15	15	15	19	19	19	18	11	11	12	11	14	15	15	15
50-59	PAS	≥180	12	12	13	12	16	16	17	15	9	10	10	10	12	12	13	12
		160-180	12	12	12	11	15	15	16	16	9	9	9	9	12	12	12	11
		140-160	11	11	11	10	14	14	14	13	8	8	9	8	11	11	11	10
		< 140	7	7	8	7	9	10	10	9	6	6	6	5	7	7	8	7
40-49	PAS	≥ 180	5	5	5	5	6	6	6	6	3	3	4	3	4	5	5	5
		160-180	4	4	5	5	6	6	6	5	3	3	3	3	4	4	5	5
		140-160	4	4	4	4	5	5	5	5	3	3	3	3	4	4	4	4
		< 140	3	3	3	3	3	4	4	3	2	2	2	2	3	3	3	3
30-39	PAS	≥ 180	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2
		160-180	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
		140-160	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
		< 140	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Colesterol		< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	

Bajo: < 5

Leve: 5-9%

Moderado: 10-14%

Moderado-alto: 15-19%

Alto: 20-29%

Muy alto: ≥ 30%

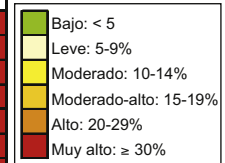


Figura 1. Riesgo absoluto a 10 años de un primer evento cardiovascular mortal o no mortal. Varones sin tratamiento antihipertensivo. PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica. Esta figura se muestra a todo color solo en la versión electrónica del artículo.

Anexo 6.2

		Varones con tratamiento antihipertensivo								Varones con tratamiento antihipertensivo								
		Diabéticos								No diabéticos								
		No fumadores				Fumadores				No fumadores				Fumadores				
Colesterol		< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	
≥ 80	PAS	≥ 180	70	70	72	68	79	80	82	78	59	60	62	58	70	70	72	68
		160-180	67	68	69	65	77	78	79	76	57	57	59	55	67	68	69	65
		140-160	57	58	60	56	68	68	70	66	47	48	50	46	57	58	60	56
		<140	63	64	66	62	74	74	76	72	53	54	56	52	63	64	66	62
70-79	PAS	≥ 180	46	47	48	45	56	57	58	54	37	38	39	36	46	47	48	45
		160-180	44	44	46	42	53	54	56	52	35	36	37	34	44	44	46	42
		140-160	36	36	38	34	44	45	46	43	30	30	30	30	36	36	38	34
		< 140	41	41	43	39	50	50	52	48	32	33	34	31	41	41	43	39
60-69	PAS	≥ 180	32	33	34	31	40	41	43	39	25	26	27	25	32	33	34	31
		160-180	30	31	32	30	38	39	40	37	24	24	25	23	30	31	32	30
		140-160	24	25	26	23	31	31	33	30	20	20	20	20	24	25	26	23
		< 140	28	28	29	27	35	36	37	34	22	22	23	21	28	28	29	27
50-59	PAS	≥ 180	17	18	18	17	22	23	24	21	13	14	14	13	17	18	18	17
		160-180	16	16	17	16	21	21	22	20	12	13	13	12	16	16	17	16
		140-160	15	15	16	16	16	17	17	16	10	10	10	10	13	13	13	12
		< 140	15	15	16	16	19	19	19	18	11	12	12	11	14	14	14	14
40-49	PAS	≥ 180	6	7	7	6	8	9	9	8	5	5	5	5	6	7	7	6
		160-180	6	6	6	6	8	8	8	8	5	5	5	5	6	6	6	6
		140-160	5	5	5	5	6	6	7	6	4	4	4	3	5	5	5	5
		< 140	5	6	6	5	7	7	8	7	4	4	4	4	5	6	6	5
30-39	PAS	≥ 180	3	4	4	3	5	5	5	5	3	3	3	3	3	4	4	3
		160-180	3	3	3	3	4	4	5	5	2	2	3	2	3	3	3	3
		140-160	2	3	3	2	3	3	4	3	2	2	2	2	2	3	3	2
		< 140	3	3	3	3	4	4	4	4	2	2	2	2	3	3	3	3
Colesterol		< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	

Bajo: < 5

Leve: 5-9%

Moderado: 10-14%

Moderado-alto: 15-19%

Alto: 20-29%

Muy alto: ≥ 30%

Bajo: < 5
Leve: 5-9%
Moderado: 10-14%
Moderado-alto: 15-19%
Alto: 20-29%
Muy alto: ≥ 30%

Figura 2. Riesgo absoluto a 10 años de un primer evento cardiovascular mortal o no mortal. Varones con tratamiento antihipertensivo. PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica. Esta figura se muestra a todo color solo en la versión electrónica del artículo.

Mujeres sin tratamiento antihipertensivo										Mujeres sin tratamiento antihipertensivo									
Diabéticas										No diabéticas									
No fumadoras					Fumadoras					No fumadoras					Fumadoras				
Colesterol	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8		< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8		< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	
≥ 80	PAS	≥ 180	70	71	69	62	84	84	83	77	54	55	53	46	69	69	68	61	
		160-180	50	50	49	42	64	65	64	56	36	36	35	30	48	49	48	41	
		140-160	56	57	55	48	71	72	70	63	41	42	40	34	55	55	54	47	
		< 140	54	54	53	46	69	69	68	60	39	40	38	33	53	53	52	45	
70-79	PAS	≥ 180	39	39	38	33	53	53	52	45	27	28	27	22	38	38	37	32	
		160-180	24	25	24	20	34	35	34	30	16	17	16	15	24	24	23	20	
		140-160	29	29	28	24	40	40	39	33	19	19	19	16	28	28	27	23	
		< 140	27	27	27	22	38	38	37	32	18	19	18	15	26	27	26	22	
60-69	PAS	≥ 180	21	21	21	20	29	29	29	25	14	14	14	11	20	21	20	20	
		160-180	13	13	12	10	18	19	18	15	8	8	8	7	12	12	12	10	
		140-160	14	14	14	12	19	19	19	18	9	9	9	8	14	14	14	12	
		< 140	14	14	14	11	19	19	19	17	9	9	9	7	14	14	13	11	
50-59	PAS	≥ 180	12	12	12	10	18	18	17	15	8	8	8	6	12	12	11	10	
		160-180	7	7	7	6	10	10	10	10	5	5	5	5	7	7	7	5	
		140-160	8	8	8	7	12	12	12	10	5	6	5	5	8	8	8	6	
		< 140	8	8	8	6	12	12	11	10	5	5	5	5	8	8	7	6	
30-49	PAS	≥ 180	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
		160-180	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
		140-160	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
		< 140	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Colesterol										Colesterol									

Bajo: < 5
Leve: 5-9%
Moderado: 10-14%
Moderado-alto: 15-19%
Alto: 20-29%
Muy alto: ≥ 30%

Figura 3. Riesgo absoluto a 10 años de un primer evento cardiovascular mortal o no mortal. Mujeres sin tratamiento antihipertensivo. PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica. Esta figura se muestra a todo color solo en la versión electrónica del artículo.

Anexo 6.3

	Mujeres con tratamiento antihipertensivo								Mujeres con tratamiento antihipertensivo									
	Diabéticas								No diabéticas									
		No fumadoras				Fumadoras				No fumadoras				Fumadoras				
	Colesterol	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	
≥ 80	PAS	≥ 180	67	67	66	59	81	81	80	73	51	51	50	43	65	66	65	57
		160-180	60	61	60	52	75	76	74	67	45	45	44	38	59	59	58	51
		140-160	61	61	60	53	76	76	75	68	45	46	44	38	60	60	59	51
		< 140	64	64	63	56	78	79	78	70	48	48	47	41	62	63	62	54
70-79	PAS	≥ 180	36	37	36	30	49	50	48	42	25	25	25	21	35	36	35	30
		160-180	31	32	31	30	43	44	43	36	21	22	21	20	30	31	30	30
		140-160	32	32	31	30	44	44	43	37	22	22	21	20	31	31	30	30
		< 140	34	34	33	30	46	47	46	39	23	24	23	20	33	33	32	30
60-69	PAS	≥ 180	19	19	19	16	28	28	27	23	13	13	13	10	19	19	18	15
		160-180	17	17	16	15	24	24	23	20	11	11	11	10	16	16	16	15
		140-160	17	17	16	15	24	25	24	20	11	11	11	10	16	16	16	15
		< 140	18	18	18	15	26	26	25	21	12	12	12	10	17	18	17	15
50-59	PAS	≥ 180	11	11	11	10	16	16	16	15	7	7	7	6	11	11	10	10
		160-180	9	9	9	7	14	14	13	11	6	6	6	5	9	9	9	7
		140-160	9	9	9	8	14	14	14	11	6	6	6	5	9	9	9	7
		< 140	9	9	9	8	14	14	14	12	7	7	6	5	9	9	9	8
30-49	PAS	≥ 180	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
		160-180	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		140-160	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		< 140	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	Colesterol	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	< 5,2	5,2-6,4	6,5-7,7	≥ 7,8	

Bajo: < 5

Leve: 5-9%

Moderado: 10-14%

Moderado-alto: 15-19%

Alto: 20-29%

Muy alto: ≥ 30%

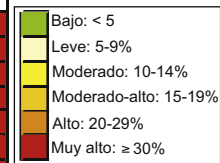


Figura 4. Riesgo absoluto a 10 años de un primer evento cardiovascular mortal o no mortal. Mujeres con tratamiento antihipertensivo. PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica. Esta figura se muestra a todo color solo en la versión electrónica del artículo.

Anexo 6.4

Anexo 7

Anexo 1.		PANAS																			
A continuación se aparecen una serie de palabras que describen sentimientos. Lea cada palabra e indique con el círculo la intensidad con que siente cada uno de los 20 sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Conteste lo más sinceramente posible.																					
1 Nada o casi nada		2 Un poco					3 Bastante					4 Mucho					5 Muchísimo				
1. Interesado/a		1	2	3	4	5	11. Irritable					1	2	3	4	5					
2. Tenso/a		1	2	3	4	5	12. Alerta					1	2	3	4	5					
3. Estimulado/a		1	2	3	4	5	13. Avergonzado/a					1	2	3	4	5					
4. Disgustado/a		1	2	3	4	5	14. Inspirado/a					1	2	3	4	5					
5. Enérgico/a(*)		1	2	3	4	5	15. Nervioso/a					1	2	3	4	5					
6. Culpable		1	2	3	4	5	16. Decidido/a					1	2	3	4	5					
7. Asustado/a		1	2	3	4	5	17. Atento/a					1	2	3	4	5					
8. Hostil		1	2	3	4	5	18. Miedoso/a					1	2	3	4	5					
9. Entusiasmado/a		1	2	3	4	5	19. Activo/a					1	2	3	4	5					
10. Orgulloso/a		1	2	3	4	5	20. Atemorizado/a					1	2	3	4	5					
(*) Se aconseja cambiar por motivado/a																					

Anexo 8

Escala de satisfacción con la vida							
Código:					Fecha:		
Provincia:							
Localidad:							
Puntuación:							
A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique cuan de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento. Por favor, sea abierto y honesto al responder.							
	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ligeramente en desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 De acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
1. En la mayoría de las formas de mi vida se acerca a mi ideal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy satisfecho con mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reproducido con permiso de Ed Diener, Ph.D. Copyright © Ed Diener. Situado en el dominio público por Ed Diener. Traducido y diseñado en Español por José A. Reyes-Torres, PsyD.							

Abordaje de la Fibrilación Auricular en la prevención primaria del ictus isquémico en Atención Primaria. CS Belchite. 2015

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Q-0 </div>	INVESTIGADOR	Nombre y Apellidos	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
		Centro de Salud	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>

[illegible]

Código Paciente			