



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUSTAVO A. MADERO
MÉXICO D.F.**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON
LA SALUD EN ADULTOS JÓVENES DE 20 A 39 AÑOS**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. ALINE RAMOS JUÁREZ**



NÚMERO DE REGISTRO 107.2010

MÉXICO D.F. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
ADULTOS JÓVENES DE 20 A 39 AÑOS.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**P R E S E N T A
DRA. ALINE RAMOS JUÁREZ**

AUTORIZACIONES

DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR
PROFESOR TITULAR Y ASESOR DE TESIS
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"
ISSSTE, MÉXICO D.F.

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
ADULTOS JÓVENES DE 20 A 39 AÑOS.**

P R E S E N T A

DRA. ALINE RAMOS JUÁREZ

AUTORIDADES

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO" ISSSTE

LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN ISSSTE

DRA. MARÍA TERESA HERNÁNDEZ CUEVAS

DIRECTORA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR

"GUSTAVO A. MADERO"

ISSSTE

DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR

"GUSTAVO A. MADERO"

ISSSTE

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
ADULTOS JÓVENES DE 20 A 39 AÑOS.**

P R E S E N T A

DRA. ALINE RAMOS JUÁREZ

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. FRANCISCO J. F. GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

RESUMEN

Objetivo. Identificar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, en adultos jóvenes de 20 a 39 años de edad. **Material y método.** Mediante la aplicación del cuestionario de salud SF-36, se estudio una muestra de 300 adultos, de una población total de 9,103, voluntarios derechohabientes del ISSSTE, que acuden a consulta a la clínica de medicina familiar "Gustavo A. Madero". **Resultados.** Se aplicó el cuestionario de salud SF36, el cual a través de los 36 ítems forma ocho dimensiones de evaluación, como son la función física, dolor corporal y salud general que se engloban en el apartado de salud física; y vitalidad, función social, rol emocional y salud mental que integran la medida de salud mental. A través de ambas mediciones salud física y mental nos revela un indicador genérico de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de la población encuestada. Es así que los adultos jóvenes de 20 a 39 años que accedieron a contestar la encuesta, en un 30%, percibe su estado de salud actual peor comparada con la de hace un año, lo que revela una percepción del estado de la calidad de vida no óptima. **Conclusiones.** Era de esperarse que la percepción fuera en su mayoría buena, sin embargo es importante destacar que las dimensiones física y mental están afectadas en personas menores de 40 años, los cuales integran una gran parte de la población económicamente activa de nuestro país. **Palabras clave:** Cuestionario de salud SF36, función física, dolor corporal, salud general, salud física, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental, calidad de vida relacionada con la salud, población económicamente activa.

ABSTRACT

Objective. Identify the perceived quality of life related to health, young adults 20 to 39 years old. **Material and method.** By applying the SF-36 was studied a sample of 300 adults, of a total population of 9.103, volunteers title ISSSTE, outpatient visits to family medicine clinic "Gustavo A. Madero". **Results.** We applied the SF36 health questionnaire, which over the 36 items evaluating eight dimensions form such as physical functioning, bodily pain and general health that are included in the section on physical health and vitality, social function, emotional role and mental health comprise the mental health measure. Through both physical and mental measurements reveals a generic indicator of the perceived quality of life related to the health of the population surveyed. Thus, young adults 20 to 39 years who agreed to answer the survey, 30% perceived their current health status worse compared with a year ago, indicating a perception of quality of life not optimal. **Conclusions.** It was expected that the perception was mostly good, but it is important to note that the physical and mental are affected in people younger than 40 years, which make up a large proportion of the economically active population of our country. **Keywords:** SF36 Health Survey, physical functioning, bodily pain, general health, physical health, vitality, social function, emotional role, mental health, quality of life related to health, economically active population.

DEDICATORIA

A mi padre. Q.P.D.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, gracias por continuar brindándome su amor y apoyo, por permitirme llegar a cada meta que me he trazado y otorgarme las oportunidades para ser alguien en la vida. Porque sólo la superación de mis ideales, me han permitido comprender cada día más, la difícil posición de ser padres, esto será la mejor de las herencias; lo reconozco y lo agradeceré eternamente.

A mi esposo por su amor, comprensión y tolerancia. A mi hijo, porque su presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que me ha impulsado para lograr esta meta,

A mis maestros, porque me compartieron sus conocimientos, a mi asesora por hacer posible la conclusión de esta tesis, gracias por su paciencia, comprensión y dedicación.

A mis compañeros por todo su apoyo. Gracias Gabriela y Vanessa por su amistad, ánimo y compañía.

ÍNDICE

1.	MARCO TEÓRICO.....	1
1.1	ANTECEDENTES CALIDAD DE VIDA.....	2
1.1.1	CALIDAD DE VIDA INDIVIDUAL.....	4
1.1.2	CALIDAD DE VIDA GRUPAL.....	5
1.1.3	CALIDAD DE VIDA SOCIAL.....	5
1.1.4	CALIDAD DE VIDA Y SALUD.....	6
1.1.5	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	7
1.1.5.1	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	8
1.1.5.2	INSTRUMENTOS GENÉRICOS DE EVALUACIÓN.....	10
1.1.5.3	CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS DE EVALUACIÓN.....	13
1.1.5.4	CUESTIONARIO DE SALUD SF 36.....	14
1.1.5.4.1	DEFINICIÓN DE LAS DIMENSIONES Y CALIFICACIÓN DE LOS TEMAS.....	15
1.1.5.4.2	CÁLCULO DE PUNTUACIONES.....	16
1.1.6	APLICACIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	17
1.1.6.1	PROYECCIONES DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.....	19
1.1.7	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER NIVEL.....	21
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
1.3	JUSTIFICACIÓN.....	27
1.4	OBJETIVOS.....	29
1.4.1	OBJETIVO GENERAL.....	29
1.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29

2.	MATERIAL Y MÉTODO.....	30
2.1	TIPO DE ESTUDIO.....	30
2.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
2.3	POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO.....	32
2.4	MUESTRA.....	32
2.5	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	32
2.5.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
2.5.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	32
2.5.3	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	33
2.6	VARIABLES.....	33
2.6.1	TIPO DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN.....	33
2.7	DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLE.....	38
2.8	DISEÑO ESTADÍSTICO.....	40
2.9	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
2.10	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
2.11	MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.....	41
2.12	PRUEBA PILOTO.....	41
2.13	PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.....	41
2.13.1	DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS.....	41
2.13.2	PLANES PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	41
2.14	RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO.....	42
2.15	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
3.	RESULTADOS.....	44
3.1	EDAD.....	44
3.2	SEXO.....	45
3.3	ESTADO CIVIL.....	45

3.4	ESCOLARIDAD.....	46
3.5	COLONIA DE RESIDENCIA.....	46
3.6	ENFERMEDADES.....	47
3.7	AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD.....	47
3.8	SALUD ACTUAL.....	48
3.9	SALUD FÍSICA.....	48
3.10	ROL FÍSICO.....	53
3.11	ROL EMOCIONAL.....	55
3.12	GRADO DE DIFICULTAD DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES.....	57
3.13	DOLOR CORPORAL.....	57
3.14	VITALIDAD.....	58
3.15	NERVIOSISMO.....	59
3.16	BAJA MORAL.....	59
3.17	CALMAY TRANQUILIDAD.....	6
3.18	MUCHA ENERGÍA.....	60
3.19	DESÁNIMO Y TRISTEZA.....	61
3.20	AGOTAMIENTO.....	61
3.21	FELICIDAD.....	62
3.22	CANSANCIO.....	62
3.23	DIFICULTAD EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES SOCIALES, DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS.....	63
3.24	SALUD GENERAL.....	63
4.	CONCLUSIONES.....	64
5.	REFERENCIAS.....	68
6.	ANEXO I.....	75

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

Desde la antigüedad la humanidad ha tratado de alcanzar mejores condiciones de vida que le sean favorables a largo plazo, a través de diferentes corrientes tanto filosóficas, políticas, económicas y sociales.

El concepto de calidad de vida ha sido importante en varios aspectos, salud, educación, economía, etc. Ya que da cuenta de las condiciones de vida de la sociedad en función de ciertos aspectos a los que está expuesta.

El desarrollo del estudio de calidad de vida y de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), corresponde a la necesidad de conocer las variables susceptibles de ser medidas que son capaces de evaluar el nivel de salud y sus cambios, tanto en el individuo como en una población determinada. Y esta necesidad se ha asociado a las causas primarias derivadas de cambios en el sujeto y objeto que interviene en el proceso de salud enfermedad.

Entre los cambios ocurridos se presenta la transición epidemiológica, en que la esperanza de vida ha aumentado, lo que caracteriza a una población con aumento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y en edades menores a las esperadas.

Es necesario estudiar aquellos indicadores clínicos que nos permitan optimizar el gasto sanitario y realizar una adecuada distribución de recursos de salud.

Es también importante conocer la percepción del paciente en cuanto al proceso salud enfermedad. Lo que derivará en una participación progresivamente activa en la toma de decisiones relacionadas con su salud, dejando de lado el modelo paternalista.

Desde 1940 la OMS redefinió el concepto de salud, “como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Es así que la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental.

Dentro de este contexto la salud se considera un instrumento que ayuda a las personas a perseguir una vida individual, social y económicamente productiva. El concepto de salud evoluciona de manera tal que se considera como el bienestar biopsicosocial (Declaración del milenio 2000).⁴⁸ Al enfrentarnos a esta evolución de lo biológico a lo psicosocial es necesario identificar nuevos indicadores de salud que incluirían las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individual y la salud, y tal relación resulta clave para la comprensión holística de la salud.

A partir del informe Acherson de 1998 la OMS comienza a introducir el concepto de calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.⁹

La calidad de vida es uno de los aspectos que conforman la salud y esta recibe influencia de factores como el empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, incluso criminalidad y contaminación del ambiente. Todos estos factores afectaran positiva o negativamente la calidad de vida de una persona en su comunidad.

Y dentro de la definición de salud, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud ha adquirido poco a poco gran importancia como medida en el ámbito sanitario, presentándose como tema central de trabajos de investigación, como lo es en este caso.

El concepto comenzó a incluirse en el Index Medicus en 1966, enmarcado dentro del modelo biopsicosocial, y se hace presente en la literatura médica hace poco más de treinta años, en el marco del modelo biosicosocial (Testa y Simonson, 1996).¹

En Ginebra (1966) durante el Foro Mundial de la Salud, el concepto de calidad de vida que desarrolla la OMS se define como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”.⁹

El concepto de calidad de vida aparece recientemente hacia 1975, con gran auge a través de los años ochenta, y aunque existe desde el inicio de la humanidad, no existe una historia del concepto en sí, pero deriva de conceptos afines como salud y felicidad, que son aspectos más difíciles de operacionalizar.

Al principio la calidad de vida relacionada con la salud incluía un solo aspecto, la función física (Karnofsky y Burchenal, 1947), sin embargo ha sido necesario expandir el concepto para hacerlo multidimensional en función y bienestar. El Medical Outcomes define la salud física como funcionamiento físico, limitaciones del rol debido al dolor corporal y a la salud general. En cuanto a la salud mental destaca el efecto del funcionamiento social y limitaciones del rol debido a problemas emocionales sobre ésta.

Patrick y Erickson 1993, establecen una vía causal en la que la enfermedad o el daño físico pueden provocar el deterioro que afecte la función física, psicológica y social y a su vez éstos afecten la percepción de salud y por tanto las oportunidades de salud en la persona, lo cual no representa un desarrollo lineal de ésta vía.

Sprangers y Schwartz (1999), explican la noción de cambio de respuesta, ya que un cambio en el estado de salud cataliza un proceso de adaptación, en donde se echa mano de mecanismos de acomodación, como son el aprender a afrontar, hacer comparaciones con otros que sean más como uno mismo, reordenar metas, reencuadrar cogniciones concernientes a aspectos de la calidad de vida. Es así que puede presentarse un afrontamiento exitoso resultado del proceso de acomodación que la persona realiza.

Dentro de los aspectos básicos para conceptualizar la calidad de vida, es necesario incluir aspectos objetivos y subjetivos (Andrews y Whithey, 1976). Ya que es un concepto multidimensional que engloba buenas condiciones de vida y alto grado de bienestar.

Para Schumaker y Naughton (1996) la calidad de vida relacionada con la salud, “es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de la salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”.²

En general el concepto de CVRS pretende reconocer la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, lo cual indudablemente responde en gran parte a los valores y creencias, así como al contexto cultural e historia personal.²

1.1.1 CALIDAD DE VIDA INDIVIDUAL

Existen ciertos indicadores que se refieren a la calidad de vida, para el individuo se abarcan términos como el bienestar, felicidad y satisfacción, que le otorga a éste cierta capacidad de actuar, de funcionamiento o sensación positiva de su vida. Todos ellos relacionados e influidos por el ambiente en que se desarrolla el individuo y su personalidad.

La calidad de vida se define según la OMS como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno”.²

La calidad de vida de un individuo se determina a través de cuántas y cuáles de sus aspiraciones personales son factibles de ser realizadas.³ La calidad de vida abarca el área física, intelectual, emocional y espiritual; incluyendo las decisiones de la vida diaria frente a las situaciones que vive y ante el ideal y la claridad de la metas a conseguir.

Desde el punto de vista clínico para muchos pacientes sus valores, creencias religiosas, ideológicas o políticas influyen sobre su estado de ánimo y pueden ser una fuente de fortaleza que influye sobre la salud. Incluso se ha observado que para los pacientes la esperanza y la voluntad de vivir son factores importantes en el proceso de recuperación.

Es válido indicar que el individuo percibe su nivel de bienestar o malestar con la situación actual de su salud, y la valoración de este rubro permite la toma de decisiones significativas, tanto individual como en equipo de salud.

1.1.2 CALIDAD DE VIDA GRUPAL

El concepto grupal de calidad de vida depende de cada grupo y de su definición como el ideal de bienestar en base al acceso de un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respecto de sus valores (Blanco, 1988).

Es así el resultado de las medidas encaminadas y que garantizan la existencia y accesibilidad de los recursos básicos necesarios para satisfacer las necesidades del grupo.

La utilización del concepto calidad de vida permitirá valorar las condiciones de vida de las personas y comunidades para poder estimar el grado de progreso alcanzado y seleccionar las formas de interacción humana y con el medio ambiente, más adecuada para tener una vida digna, saludable, libre y feliz.

1.1.3 CALIDAD DE VIDA SOCIAL

En la sociedad la calidad de vida se define como “la capacidad que posee el grupo social ocupante de satisfacer sus necesidades con los recursos disponibles en un espacio natural dado. Abarca los elementos necesarios para alcanzar una vida humana decente”. Gildenberger

Para ubicar la calidad de vida de una sociedad es necesario tomar en cuenta el estándar colectivo, que se considera válido en cierto espacio y momento de su establecimiento.

Siendo el concepto de calidad de vida como multidimensional es relativo a las características de cada sociedad conformada por un grupo de personas que han definido su ideal de bienestar.

El permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes, grandes gastos en salud y estrés excesivo con enfermedades asociadas, insatisfacción general de los usuarios del sistema de salud, lleva a preguntarnos cuál es el concepto de salud que debemos utilizar y como repercute este en cada uno de los grupos que conforman nuestra sociedad.²

1.1.4 CALIDAD DE VIDA Y SALUD

La revolución tecnológica que ha influido en la atención biomédica de la salud, ha mellado la comunicación equipo de salud paciente, que en otros tiempos fuera la base para la atención médica tradicional. El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad sin duda ha cambiado cualitativamente la supervivencia humana, sin embargo ha dejado en segundo plano la atención holística de la salud.

Frente a la aplicación indiscriminada de nuevas tecnologías para prolongar la vida, el debate entre cantidad y calidad de vida, así como el fallido intento de distribución de recursos económicos en salud, hace necesario incluir al paciente en el desarrollo de planes y programas en la toma de decisiones en salud.

El estado de salud de un individuo está fuertemente relacionado con el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y al soporte social. Estos aspectos de suma importancia para el ser humano serán los que influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.²

Es por esto que la calidad de vida relacionada con la salud ha captado la atención de varios investigadores, por la necesidad de incluir en la evaluación de la salud, la percepción de los usuarios respecto a su bienestar.

En la actualidad se pretende desvanecer la barrera entre lo objetivo y lo subjetivo, reconociendo que los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente condicionan su bienestar y su estilo de vida.

1.1.5 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La vida actual caracterizada por un aumento de la longevidad, el exceso de información, el desempleo, el multiempleo, los cambios en la estructura familiar, la pérdida de motivaciones y valores, representa los múltiples factores estresantes a que está sometido el ser humano y se estima que para el 2020 el estrés sea la causa principal de muerte asociada a enfermedades cardiovasculares y síndromes depresivos (Levi 2001).²

La prevalencia de enfermedades crónicas, en las cuales el objetivo del tratamiento es atenuar los síntomas y prevenir las complicaciones, las medidas clásicas tales como mortalidad, morbilidad y expectativa de vida, resultan insuficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.

Frente a este fenómeno la integración de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud como una necesidad, ha innovado el campo de la medicina. En donde no debe ser evaluada por el equipo de salud ni extrapolarse de un paciente a otro.

El desarrollo del estudio de la CVRS corresponde a la necesidad de más y mejores indicadores clínicos, es decir, variables susceptibles de medición que evalúa el nivel de salud y sus cambios, en un individuo o en una población determinada.

El concepto de CVRS obtiene la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, para lo que es necesario integrar instrumentos que hagan a esta medida válida y confiable.

Probablemente la primera escala desarrollada con el propósito de definir el estado funcional del paciente con padecimientos crónicos fue la de Karnofsky, que es una escala de 10 puntos que inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer; es un método confiable para predecir el estado funcional del paciente, simple y de rápida aplicación

Los médicos e investigadores clínicos introdujeron los primeros estudios de calidad de vida en ensayos clínicos, tratando de objetivar e forma reproducible las cuantificaciones en cuestionarios validados sobre este concepto.

A lo largo del tiempo se observa el desarrollo y publicación de muchos cuestionarios de salud, de varios artículos en los que se han utilizado estos cuestionarios como parámetro objetivo de evaluación; la creación de sociedades científicas interesadas específicamente en el tema, así como la aparición de revistas médicas específicas (Quality of Life Research).¹²

1.1.5.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los cuestionarios de calidad de vida no sustituyen las evaluaciones analíticas, sino que las complementan introduciendo la visión del paciente sobre su percepción de salud.

Actualmente se han desarrollado varios instrumentos de medición para la calidad de vida relacionada con la salud, y tienen en común la autoaplicación y su realización se facilita mediante diferentes escalas de ítems. La mayoría tiene en cuenta dos dominios que corresponden al componente físico y al mental.

Los dominios están representados por ítems, cada pregunta corresponde a una forma particular de registrar una percepción de individuo, y cada ítem constituye una expresión de un concepto latente, en general oculto o complejo.

Los temas suelen ser preguntas directas cuyas posibles respuestas se basan en escalas ordinales (tipo Likert), o bien en las opciones verdadero o falso.¹⁵

Los instrumentos de medición de la CVRS deben tener ciertas consideraciones para aceptarse como válidos.

Validez, implica la bondad con que un instrumento mide el concepto que desea medir. Se distinguen tres tipos de validez, de criterio, de constructo y de contenido. La validez de criterio corresponde al grado de correlación con un patrón oro o un criterio externo. La validez de contenido está dada por la correcta representación de la noción que se desea medir mediante los ítems propuestos en el cuestionario. La validez de constructo se define como una noción teórica derivada del objeto de interés que se desea medir, planteada usualmente en términos de hipótesis.¹²

La fiabilidad es la propiedad que indica la constancia o estabilidad de los resultados cuando se repite la medición en circunstancias similares, que incluye dos aspectos, fiabilidad test-retest y consistencia interna.¹²

Sensibilidad al cambio es una propiedad que señala la capacidad que tiene un instrumento de detectar, a través de sus puntuaciones, modificaciones de las variables o del estado global de calidad de vida.

La factibilidad de un instrumento implica la facilidad para poder administrarlo.

El avance científico del mundo moderno y los grandes problemas que arrastra la sociedad contemporánea, hace impostergable el énfasis en el estudio de la calidad de las condiciones de vida de las comunidades y de los estilos de vida de los individuos para entender y proteger la salud del hombre

La evaluación de las encuestas que integran la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana ha sido objeto de un creciente interés, el uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud prometen el acercamiento en la relación médico paciente.

La calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, el estado psicológico, la función social y los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción.

Los instrumentos de medida de calidad de vida se clasifican de dos maneras, a) según el campo de estudio que cubren, y b) según su forma de administración. Y según el campo de estudio que cubren se distinguen entre instrumentos genéricos y específicos.

1.2.2 INSTRUMENTOS GENÉRICOS DE EVALUACIÓN

Las escalas genéricas intentan cubrir todos los aspectos de la vida y se resumen en una puntuación global. No están relacionados con ningún tipo de enfermedad o especialidad en particular. Estos son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos. Son aplicables tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes.

Las encuestas genéricas sobre calidad de vida en relación con la salud tratan de obtener medidas representativas de conceptos tales como estado psicológico y mental del paciente, limitaciones en la actividad física debidas a la presencia de la enfermedad, grado de afectación en las relaciones sociales del paciente, dolor, y bienestar corporal.

Cuestionarios genéricos para evaluar la calidad de vida

Instrumento	Lugar	Idioma	Año
The Sickness Impact Profile: SIP	EUA	Inglés	1981
The McMaster Health Index Questionnaire	EUA	Inglés	1982
The Sickness Impact Profile: SIP	EUA	Inglés-español	1984

The MOS- Short-form General Health Survey:	EUA	Inglés	1988
The Quality of Life Survey	EUA	Inglés	1989
Quality of Life Index: QL-Index	EUA	Inglés	1989
The Nottingham health Profile: NHP	Reino Unido	Inglés	1987
The Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey: MOS	EUA	Inglés	1990
The Dartmouth – COOP	EUA	Inglés	1990
The Dartmouth – COOP	EUA	Español	1990
The Duke Health Profile: DUKE	EUA	Inglés	1990
The Functional Status Index	EUA	Inglés	1990
The Karnofsky Performance Scale	EUA	Inglés	1991
The General Health Questionnaire: GHQ-28	EUA	Inglés	1992
The Health Assessment Questionnaire: HAQ	EUA	Inglés	1992
Medical Outcomes Study (MOS) Short-Form Health Survey: MOS	EUA	Inglés	1992
The Sickness Impact Profile: SIP 68 Short Generic Version	EUA	Inglés	1994
The Quality of Wellbeing Scale: QWB	EUA	Inglés	1994
The MOS-36-item Short-Form Health Survey:SF-36	EUA	Inglés	1994

The Sickness Impact Profile: SIP	España	Español	1995
The Quality of Life Health Questionnaire: QLHQ	EUA	Inglés	1995
Cuestionario Criterio de Calidad de Vida: CCV	México	Español	1996
The McGill Pain Questionnaire: MPQ	EUA	Español	1996
The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C36	Suiza	Inglés	1996
The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C30	Dinamarca	Inglés	1997
The Short form Health Related Quality of Life: HRQL	EUA	Inglés	1997
The General Health Perception: GHP	Canadá	Inglés	1997
The Wisconsin Quality of Life Index Canadian Version: CaW-QLI	Canadá	Inglés	1999
The European Research Questionnaire Quality of Life: EUROQOL 5D	Canadá	Inglés	1999
Encuesta: SF-36	México	Español	1999
The Modified Health Assessment Questionnaire: M-HAQ	EUA	Inglés	1999
The Multidimensional Index of Quality of Life: MIQL	EUA	Inglés	1999
The Health Related Quality of Life Short Form: HRQL	EUA	Inglés	2000
The RAND 36-Item Health Survey Questionnaire: RAND-SF-36	EUA	Inglés	2000
The Perceived Quality of Life Scale: PQoL	EUA	Inglés	2000

The World Health Organization Quality of Life:WHOQOL Instrument	EUA	Inglés	2000
The Index of Wellbeing: IWB	EUA	Inglés	2000
Quality of Life: QOL	EUA	Inglés	2000
The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL –100	EUA	Inglés	2000
The Health and Activities Limitations Index: HALEX	EUA	Inglés	2000
The Medical Outcomes Study Short-form Health Survey: MOS 6A	Reino Unido	Inglés	2000
The QL-Index, LASA Scales	Canadá	Inglés	2000

Fuente: Velarde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica México 2002;[11/10/09]; 44:[349-361].
Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.

1.1.5.3 CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo, estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción. Tienen la ventaja de presentar mayor sensibilidad a los cambios y su mayor desventaja radica en que no permiten comparaciones entre diferentes enfermedades.

Existen otro tipo de instrumentos, los genéricos modificados, la modificación se realiza respecto a una población de interés. Por ejemplo instrumentos genéricos con suplementos específicos de enfermedades, que pretende captar las preocupaciones adicionales específicas de los pacientes con respecto a la enfermedad concreta.

1.1.5.4 CUESTIONARIO DE SALUD SF36

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos.

Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.

Para la traducción al español del cuestionario se siguió un protocolo común en los países participantes en el proyecto internacional de adaptación del cuestionario original, el International Quality of Life Assessment (IQOLA):

Existen seis versiones de la Encuesta SF-36 en español que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-norteamericana de EUA. Los investigadores de estos países tienen como objetivo final la adaptación y el establecimiento de normas de las escalas de la Encuesta SF-36 para su uso en poblaciones genéricas y específicas.¹⁸

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud.

Se desarrolló a partir de una extensa conjunto de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial.

El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.¹⁶

1.1.5.4.1 DEFINICIÓN DE LAS DIMENSIONES Y CALIFICACIÓN DE LOS TEMAS

1. Función Física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 temas).
2. Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 temas).
3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 temas).
4. Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 temas).
5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 temas).
6. Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 temas).
7. Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 temas).
8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 temas).

“Short form” es un instrumento que se diseñó como indicador genérico de nivel de salud para usarse en evaluaciones poblacionales y de políticas de salud. Se puede usar en conjunto con instrumentos específicos para medir resultados en práctica clínica o de investigación.

Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación.¹⁹

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.

El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

1.1.5.4.2 CÁLCULO DE LAS PUNTUACIONES

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: medida sumario física y mental.

Para facilitar la interpretación se obtienen también puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.¹⁹

El cuestionario no está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas.

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

Existe una “versión estándar” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa la semana anterior.

1.1.6 APLICACIONES DEL ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente.

Se debería además analizar el proceso de atención a la salud tanto en lo que hace a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido) así como la evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación médico-paciente.

Las decisiones exclusivas en base a costos, como en muchos países, donde la medicina pasa a ser una mercancía, son éticamente inaceptables y desde los profesionales de la salud debería insistirse en la necesidad de tomar en cuenta los otros elementos planteados.²

En general, para Schalock (1996), la investigación sobre calidad de vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de la sociedad, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. Sin embargo, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propone la planificación centrada en la persona y la inclusión de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.³⁵

El concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como por ejemplo la población con discapacidad.

En los últimos años las investigaciones sobre calidad de vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial atención en el término Calidad de vida relacionada con la salud. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente.

Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de calidad de vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor.

Ha tenido una importante atención la reflexión sobre los efectos de la desinstitutionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la conocida reforma psiquiátrica. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida (CV).

1.1.6.1 PROYECCIONES DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Más allá de los aspectos de la medición, resulta interesante y de gran aplicabilidad, es analizar los resultados encontrados en diferentes estudios de CV en grupos de enfermos crónicos. Encontrar explicaciones a muchos hallazgos, como el hecho de que a veces pacientes graves evalúan muchos aspectos de su CV de forma más "positiva" que otros con trastornos más benignos, sigue siendo un reto para la investigación.

Una de las áreas de mayor desarrollo de los estudios de CV es la Oncología, con amplia variedad de aplicaciones y que han permitido clarificar los aspectos técnico-médicos de la atención y los aspectos de orden psicosocial relacionados con el cuidado a estos pacientes.

La CV se ha convertido en una variable de salida (outcome) a medir en ensayos clínicos con nuevos preparados antitumorales o tratamientos, en estudios epidemiológicos, que incluyen políticas de tamizaje en los programas de control de la enfermedad, en los procesos de tratamiento psicológico a estos pacientes. Lo que facilita la toma de decisiones acerca de la efectividad de la terapia, permiten la valoración de costo/beneficio y de otros análisis económicos, tanto por los pacientes, como por los proveedores de los tratamientos.

También ha sido posible clarificar el proceso de apoyo o soporte que requiere este tipo de paciente, en cualquier estadio de la enfermedad. Además se ha podido incorporar como medida en los estudios de sobrevida.

Cuatro proyecciones de los estudios en CV se han desarrollado rápidamente en los últimos años. El primer grupo de estudios se ha desarrollado con la creciente noción de que el tiempo de supervivencia no dice nada en cuanto a la CV de pacientes cuya enfermedad no puede ser curada. En los intentos exhaustivos por prolongar la vida o reducir un tumor, descuidando los padecimientos y la propia CV (encarnizamiento terapéutico), se pueden traspasar los límites éticos, sobre todo si se considera la naturaleza agresiva de muchos tratamientos. Por estas razones, cuando la paliación es el objetivo principal de un tratamiento, se recomienda evaluar el aspecto subjetivo del paciente.

El segundo grupo de estudios se corresponde con el estudio del estrés laboral-asistencial y sus consecuencias (Burnout), que afecta no sólo la calidad de los servicios de salud, sino la propia CV del personal de salud, comportándose como un importante factor de riesgo de enfermar.³⁵

También han sido estudiados los efectos de la calidad de los cuidados que prestan los cuidadores familiares no profesionales, cuando no hay una adecuada alianza y preparación entre todos los intervinientes en la salud y la CV de los enfermos crónicos.

Un tercer grupo de estudios está relacionado con el "enfoque de utilidad". Se basa en la posibilidad de construir escalas cuantitativas para medir la CV con respecto a la salud y a la cantidad de vida (sobrevida). Este modelo se ha ido convirtiendo en uno de los principales medidores de los resultados o productos de la atención a la salud en relación a los análisis de costo-efectividad-utilidad, sobre la base del análisis de decisión ante situaciones de incertidumbre.

Se han establecido estados de salud en escalas útiles para decisiones clínicas, intentos de comparar grupos de pacientes, encuestas de salud a poblaciones para comparar grupos con otros a lo largo del tiempo, evaluaciones económicas de programas sanitarios y tratamientos alternativos.

Un cuarto enfoque es que relaciona la CVRS con principios y retos actuales de la moderna Bioética, particularmente en el campo de las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud reproductiva.

En efecto, la CV se ha valorado para la estimación y precisión del valor de la eutanasia, los criterios de calidad de muerte y de encarnizamiento terapéutico, los problemas del aborto, la planificación familiar y el consejo genético, las dificultades vinculadas al infanticidio y la explotación laboral y sexual de niños, para la valoración en el trasplante de órganos y los problemas con donantes, para estimar la justeza y equidad de los servicios de salud, y en otros temas relacionados con la salud como la contaminación del ambiente y destrucción del ecosistema y la violencia.

Las propias enfermedades crónicas que van dominando los cuadros de morbimortalidad de muchos países producto de la llamada "transición epidemiológica" constituyen un recordatorio de la debilidad y la incertidumbre de la condición humana y la necesidad de una concepción de apoyo, justicia social y autonomía que vinculan a la CV con aspectos de orden ético.

Lograr el acceso equitativo al cuidado de la salud y poner límites razonables a la búsqueda insaciable de una salud perfecta son desafíos actuales. Enfrentar los retos éticos que plantean las enfermedades crónicas en el mundo de hoy apunta a trascender el horizonte clínico e ir hacia la búsqueda de la causalidad/riesgo en el proceso salud-enfermedad fijando sus metas en la CV.³⁵

1.1.7 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER NIVEL

El estudio de los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS del paciente y enfrentar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.⁴

La significación de la calidad de vida en la atención sanitaria se desprende del papel y responsabilidades de los proveedores de atención sanitaria y del sistema de salud. Primero los proveedores de atención sanitaria son responsables de los efectos de sus tratamientos en la CVRS. Segundo, los pacientes hacen juicios sobre el peso relativo de la longitud de vida en comparación con la CVRS al tomar decisiones sobre los tratamientos. La cura de la enfermedad no es siempre el resultado más importante, y el alivio de los síntomas físicos es a veces un resultado tan deseable como la cura. Al final la prolongación de la vida a cualquier precio físico, psicológico o financiero, no es razonable.

La significación de la CVRS está ligada a una serie de factores globales tales como el envejecimiento de la población mundial, un incremento de la enfermedad crónica, y la necesidad de evaluar las tecnologías de atención sanitaria en el contexto de valores individuales y sociales.²³

Aún en lo individual hay una necesidad de evaluar las percepciones del paciente en los cambios en la CV, de determinar la congruencia o disparidad entre los juicios del paciente, los de la familia y los del proveedor de atención sanitaria acerca de la CV del paciente, y de determinar los beneficios versus riesgos de tratamiento no detectados por otros medios.²³

Los resultados de la CVRS también son útiles para las industrias farmacéuticas y de aparatos médicos que pretendan entender y comunicar el valor del producto a médicos, pacientes, aseguradoras de salud y otros.

La importancia de la CV como un resultado clave ha conducido a un esfuerzo en la armonización. La armonización es el acuerdo/reconciliación de los estándares de medida e interpretación de los resultados en la CVRS del paciente o aquellos relacionados con él. Estos resultados son la clave para entender el impacto del tratamiento en el funcionamiento del paciente y en su bienestar, y son las piezas clave de información comunicadas a quienes toman las decisiones, como agencias reguladoras, médicos, pacientes, familias y quienes pagan los cuidados de salud.²³

Sin embargo es responsable reconocer que se erigen problemas relacionados con la naturaleza de la CVRS, de sus componentes subjetivos y objetivos. Al primero de ellos corresponden definiciones globales basadas en el bienestar y sus dos marcadores básicos, la satisfacción y la felicidad. El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico) y que suelen aparecer en las definiciones multidimensionales usadas para el desarrollo de instrumentos de medición.³⁵

Por otra parte, la cuestión de la objetividad puede referirse al viejo problema de quién hace la evaluación: si un observador externo o la propia persona. Esto es particularmente importante en lo que se refiere a la CV en relación con la salud, y, especialmente, en la resolución de los problemas metodológicos de su evaluación. En los últimos años, parece mucho más útil el estudio de su componente subjetivo, de su naturaleza psicológica, evaluada por el propio individuo. Como se ha planteado, las condiciones objetivas se refractan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar y felicidad; está claro que no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinados por el nivel de vida.

Si la CVRS es una valoración subjetiva, no puede prescindirse entonces de la valoración del sujeto; cada uno debe ser considerado la persona más capaz de sopesar satisfacciones e insatisfacciones con su bienestar.

En el trabajo de Jachuk y cols (1982), quienes preguntaron a médicos, pacientes y familiares sobre la CV de hipertensos que habían iniciado un nuevo tratamiento: el 100 % de los médicos consideraron que había mejorado la CV de sus pacientes, el 49 % de los enfermos percibieron alguna mejoría, mientras que el 96 % de los familiares consideraron que era igual o peor.

Entender de qué depende esta evaluación que realiza cada individuo es la clave para mejorar realmente la CV de las personas.³⁵

Desde un punto de vista clínico y asistencial, se pueden obtener, entre otros, los siguientes beneficios de la investigación sobre calidad de vida:

Medir el impacto de una intervención sanitaria sobre la calidad de vida del paciente o sobre su percepción de bienestar general, lo que puede utilizarse para diferenciar estados de salud derivados de las intervenciones médicas.

Detectar cambios en el estado de salud del paciente potencialmente asociados a mortalidad, hospitalización o consumo de recursos sanitarios, lo que hace de la medición de la CVRS un instrumento de predicción de la evolución de la enfermedad o del estado de salud.

Corregir los resultados o efectos de una intervención sanitaria por el grado de preferencia del paciente, lo que puede utilizarse en la evaluación económica de los medicamentos, como el análisis costo-beneficio.

Y tal vez lo más importante a primer nivel de atención, donde se desarrolla la actividad del médico de familia; facilitar la comunicación entre el paciente y el médico, y obtener un indicador de la adherencia del paciente al tratamiento.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que toma en cuenta la perspectiva del individuo y que da cuenta de una subjetividad, siempre aceptada, pero difícilmente valorada estadísticamente.

En nuestro país como en el resto del mundo, el fenómeno de transición demográfica ha afectado a la mayor parte de las sociedades, en donde la esperanza de vida ha aumentado y las causas de morbimortalidad se han modificado.

El promedio de vida alcanzado en las últimas décadas en la mayoría de los países, no refleja un desarrollo proporcional de la calidad de vida de estas naciones en cuestión general, y mucho menos en cuestión de salud.

Tal vez influya en ello, la alta especialización de la medicina y el empleo desproporcionado de la tecnología, que cobra altos costos, no solo económicos.

Con las subespecialidades médicas se observa la preocupación desmedida de la enfermedad y su tratamiento a costa de todo, sin embargo los resultados de estas acciones no han sido significativos en el alcance de un nivel de vida óptimo para el paciente.

Es imprescindible retomar el concepto biopsisocial de salud y poder utilizar el concepto de calidad de vida relacionado con la salud, con la finalidad de desarrollar una actitud de promoción que sea más sensible a las dimensiones del proceso salud enfermedad.

La tendencia actual del modelo de atención se funda en las necesidades que el propio paciente expresa, las metas de este modelo es ofrecer una atención continua y accesible para el paciente y su familia. Pero como podríamos, siquiera intentarlo, cuando no conocemos los aspectos subjetivos del “sentirse bien” de la población que acude a nuestra consulta.

Surge la necesidad de identificar la percepción de la calidad de vida, relacionada con la salud, en una población de pacientes adultos jóvenes derechohabientes de la clínica de medicina familiar "Gustavo A. Madero". Que permita incidir en el mejoramiento de su salud. Así como la reflexión sobre la asignación de recursos, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El concepto de calidad de vida incluye varias dimensiones, lo que ha dificultado el acuerdo para una definición aceptada globalmente. Desde 1966, la OMS la define como “la percepción del individuo sobre su posición de vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”.

Es imposible dejar de lado el papel que juega la salud en la determinación de la calidad de vida, ya que existen factores objetivos, como son los biológicos, en el proceso de salud enfermedad, pero también son importantes los aspectos subjetivos, que solo pueden ser manifestados por el sujeto.

Desde hace algún tiempo se encuentra en auge la promoción de la salud, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, por lo que se hizo necesario conceptualizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Para Schumaker y Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquéllas actividades importantes para el individuo.

En el presente estudio se identificará la percepción de la calidad de vida en adultos de 20 a 39 años que acuden a la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero”, del ISSSTE, a través de la aplicación del Cuestionario de Salud SF 36. Un instrumento de medida de CVRS genérico aplicable tanto a población general como a grupos específicos.

El médico familiar se ubica en el primer nivel de atención, el conocer la percepción de calidad de vida de la población que acude a la consulta, permitirá identificar y enfrentar las necesidades de los pacientes.

En donde la atención del médico familiar no se centre solo en atender al enfermo, sino, también, en orientar a todo paciente enfermo o no, sobre los hábitos y costumbres que pueden afectar o mejorar su salud.

Consecuentemente generar la participación activa del individuo en el propio proceso de salud enfermedad. Mientras el personal de salud incida en la anticipación al riesgo, otorgando una atención integral y continuada.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de la calidad de vida promedio, percibido por los adultos jóvenes que acude a la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero”.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la percepción de limitación o no en el adulto joven.

Identificar si la salud física interfiere con el trabajo.

Identificar la presencia de dolor en el adulto joven

Identificar la percepción personal de la salud en el adulto joven

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

- Cualitativo
- Prospectivo
- Transversal
- Descriptivo

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

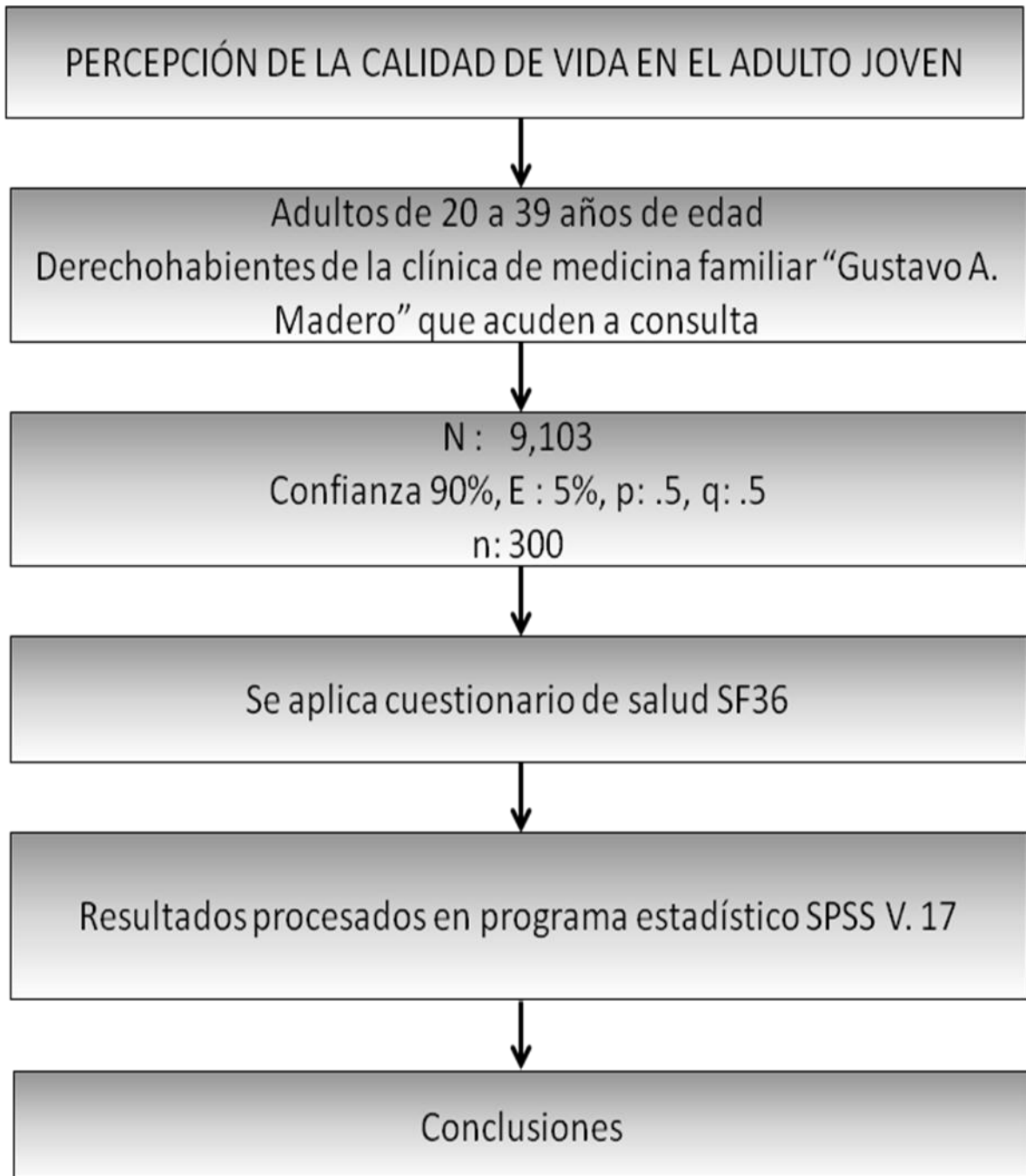
Se realizó en la población derechohabiente del ISSSTE, que acuden a consulta a la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero, la cual registra una población total de referencia de 9,103 adultos jóvenes de 20 a 39 años.

Se seleccionó una muestra de selección casual, no representativa de 300 personas, lo que corresponde a una confianza del 90%, error ϵ del 5% y variabilidad de $p= 0.5$ y $q= 0.5$.

Se aplicó el instrumento SF36 a un solo grupo de trabajo y en una sola medición.

El diseño de investigación se especifica en la siguiente figura.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

En la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero, del ISSSTE, con domicilio en Calzada de Guadalupe No. 712, colonia Tepeyac Insurgentes, delegación Gustavo A. Madero, México, D.F.; se registra una población de 9,103 adultos jóvenes de 20 a 39 años, de la cual se toma una muestra no aleatoria no representativa de $n=300$ personas. En un período de aplicación de febrero a abril del 2010.

2.4 MUESTRA

Muestreo no probabilístico de selección casual.

No representativa

Confianza 90%, error ϵ 5%, variabilidad p 0.5, q 0.5

$n= 300$ personas

2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos de 20 a 39 años de edad
- Derechohabientes del ISSSTE
- Acudan a la consulta de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero”
- Acepten contestar el cuestionario

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mayores de 40 años
- No derechohabientes

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios incompletos
- No acepten contestar el cuestionario

2.6 VARIABLES

2.6.1 TIPO DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

Variable	Tipo de variable	Escala de medición
Edad del paciente	Cuantitativa	Ordinal discontinua
Sexo del paciente	Cualitativa	Nominal
Estado civil del paciente	Cualitativa	Nominal
Escolaridad del paciente	Cualitativa	Nominal
Colonia en que reside el paciente	Cualitativa	Nominal
Enfermedades que padece el paciente	Cualitativa	Nominal
En general, usted diría que su salud es	Cualitativa	Nominal
¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	Cualitativa	Nominal
¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	Cualitativa	Nominal

¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos y caminar más de una hora?	Cualitativa	Nominal
¿Su salud actual le limita para cargar o llevar la bolsa de la compra?	Cualitativa	Nominal
¿Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera?	Cualitativa	Nominal
¿Su salud actual le limita para subir un solo piso por la escalera?	Cualitativa	Nominal
¿Su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse?	Cualitativa	Nominal
¿Su salud actual le limita para caminar un kilómetro o más?	Cualitativa	Nominal
¿Su salud actual le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	Cualitativa	Nominal
¿Su salud actual le limita para caminar una sola manzana?	Cualitativa	Nominal
¿Su salud actual le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?	Cualitativa	Nominal

Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido a causa de su salud física?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	Cualitativa	Nominal

Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto la salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, tuvo dolor en alguna parte de su cuerpo?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	Cualitativa	Nominal

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	Cualitativa	Nominal
Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	Cualitativa	Nominal
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	Cualitativa	Nominal
Estoy tan sano como cualquiera	Cualitativa	Nominal
Creo que mi salud va a empeorar	Cualitativa	Nominal
Mi salud es excelente	Cualitativa	Nominal

2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Variable	Definición
Función física	Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados.
Rol físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.
Dolor corporal	Intensidad del dolor y efectos de este sobre el trabajo normal, dentro y fuera de la casa.
Salud general	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	Sentirse lleno de energía, frente al cansancio y agotamiento.
Función social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

Rol emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.
Salud mental	En general, incluyendo depresión, ansiedad, control de las emociones y la conducta.
Calidad de vida relacionada con la salud	Percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.
Percepción	Proceso cognitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen el aprendizaje, la memoria y la simbolización.
Salud	Completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.
Adulto joven	Toda persona de 20 a 39 años de edad.

2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO

El presente trabajo identificó el nivel de calidad de vida relacionado con la salud, en adultos jóvenes de 20 a 39 años, mediante la utilización del cuestionario de salud SF36, el cual fue aplicado a los derechohabientes de la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero, del ISSSTE. Los resultados obtenidos se analizaron a través de la estadística descriptiva.

2.9 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó la aplicación del cuestionario de salud SF36, que consta de 36 preguntas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud, que son:

- Función física
- Función social
- Limitación del rol emocional
- Limitación del rol físico
- Salud mental
- Vitalidad
- Dolor
- Percepción de salud general
- Cambios experimentados en el estado de salud en el último año

Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud.

El rango de puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100

2.10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó la colaboración de las personas en la sala de espera de la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero, para llevar a cabo la aplicación del cuestionario de salud SF36. Durante el período de febrero a abril del 2010.

2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS

Se aplicó el instrumento SF36, a las personas que accedieron a contestarlo mientras esperaban en la sala. Se les proporcionó el material necesario para realizarlo y se les invitó a realizar las preguntas que consideraran convenientes para responder. Es un cuestionario autoaplicable que explora dimensiones del estado de salud influidos por la percepción del paciente, por lo que se reconoce que hay posibilidades de sesgo de información.

2.12 PRUEBA PILOTO

Se realizó la aplicación de la prueba piloto, previo consentimiento verbal, a un pequeño de 12 adultos de 20 a 39 años, en la sala de espera de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero”, ISSSTE. A partir de esta aplicación se realizaron ajustes en cuanto a la información y al lenguaje utilizado en el cuestionario, así como la aseveración del anonimato del participante.

2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

2.13.1 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS

Se realizó la base de datos en el programa estadístico SPSS versión 17, asignando un código numérico a cada una de las variables aplicadas.

2.13.2 PLANES PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó el análisis estadístico a través de la construcción de la base de datos en el programa estadístico SPSS versión 17. La descripción del análisis de resultados se llevó a cabo mediante la estadística descriptiva: medidas de resumen frecuencia y porcentaje.

2.14 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO.

El presente trabajo fue realizado por un médico residente de medicina familiar, y los recursos materiales que constan de una computadora, bolígrafos, impresiones y copias del instrumento, fueron financiados por el investigador.

Físicamente se utilizó el área de espera de la clínica de medicina familiar “Gustavo A. Madero”, ISSSTE.

2.15 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964

y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

Incluye dentro de la investigación en seres humanos, la investigación de material humano o de información identificables.

2. “... la investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica.”

6. “El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorarlos procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos,...”

10. "... es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano"

20. "Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deber participantes voluntarios e informados."

Se basa también en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. En su título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I.

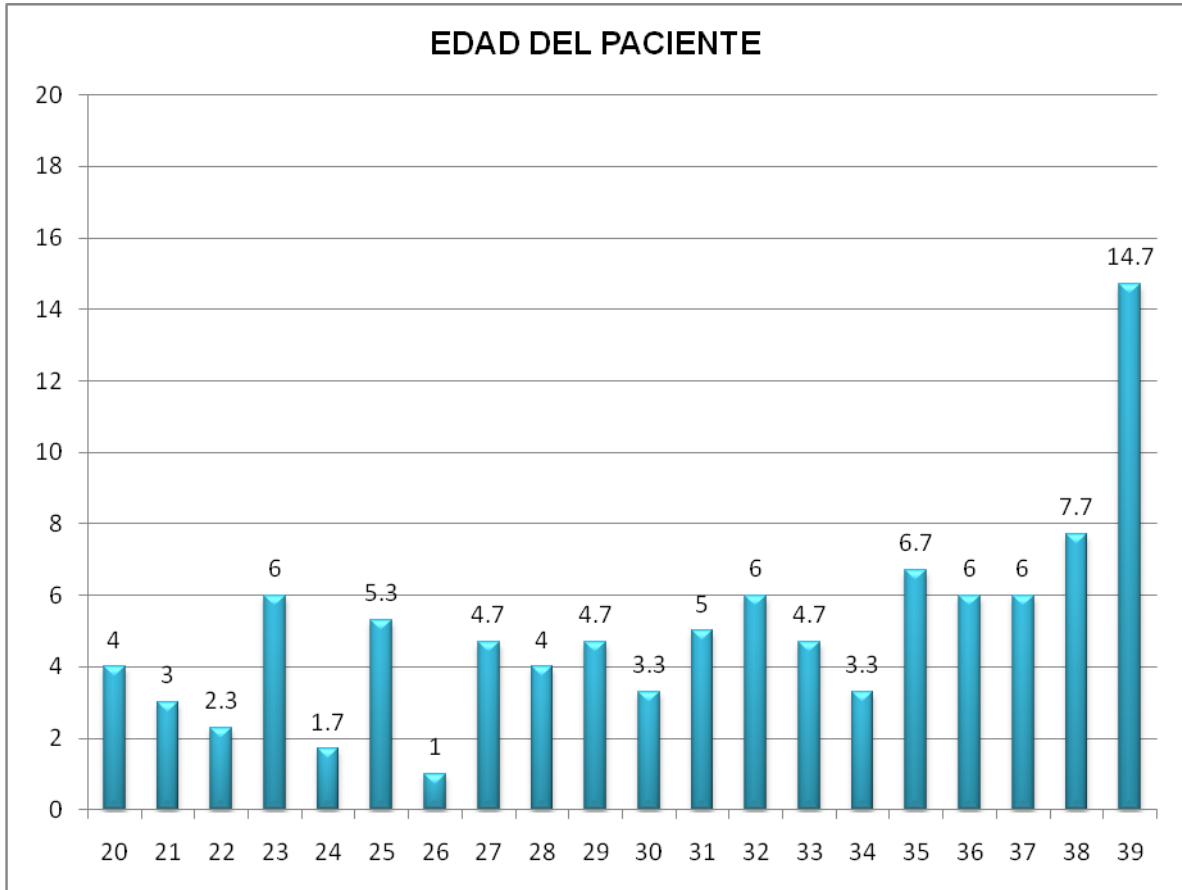
El artículo 13 que destaca el criterio de respeto a la dignidad, y protección de los derechos del ser humano y su bienestar. Con respecto al artículo 14 que en su sección V señala la necesidad de contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación, con las excepciones que se señalan en el artículo 23, que refiere que en caso de investigaciones de riesgo mínimo podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, la comisión de ética podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

De acuerdo al artículo 17 el presente trabajo se clasifica como una investigación sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental, como lo es el cuestionario de salud SF36.

Presentado y aceptado por el comité de ética de la clínica de medicina familiar "Gustavo A. Madero", ISSSTE.

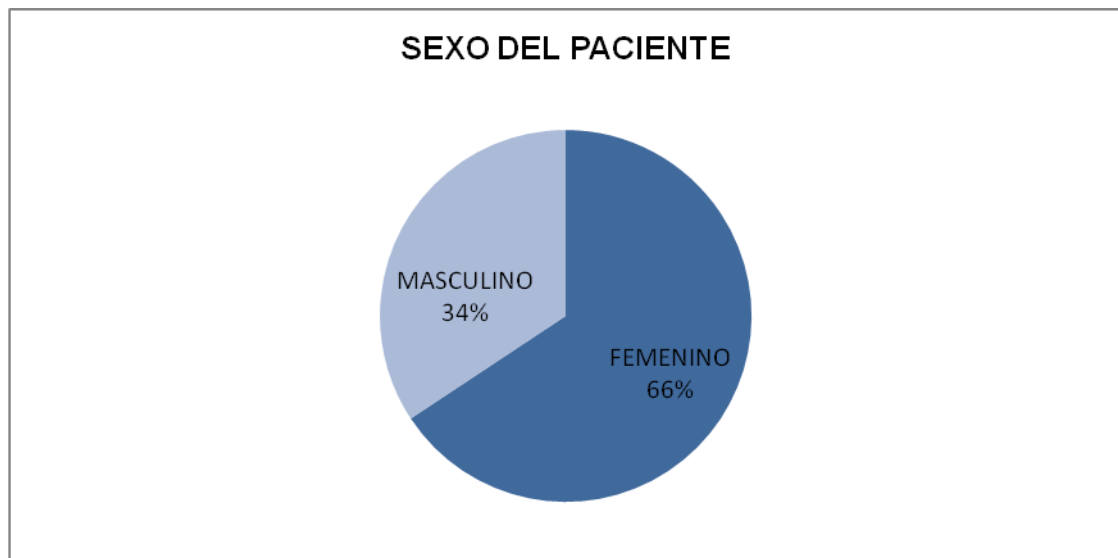
3. RESULTADOS

De los pacientes estudiados $n= 300$, se encontró que el 14.7% tienen una edad de 39 años, como se observa en la gráfica No. 1.



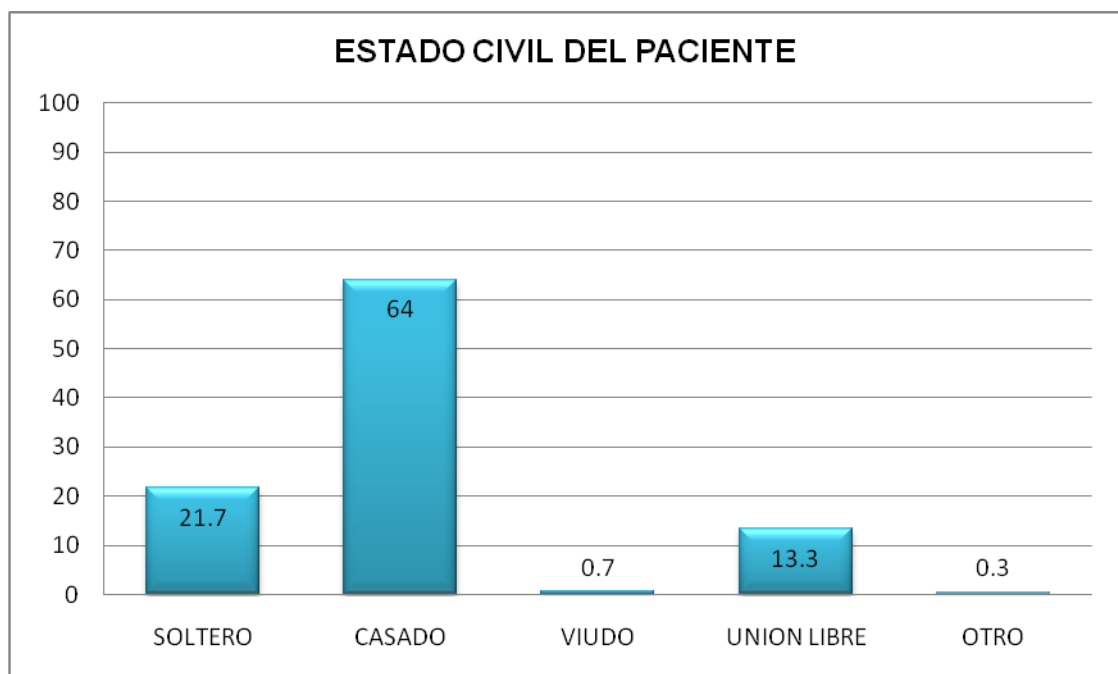
Fuente: Instrumento Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 2. De la muestra tomada el 65.7 % son mujeres y 34.3 % son hombres.



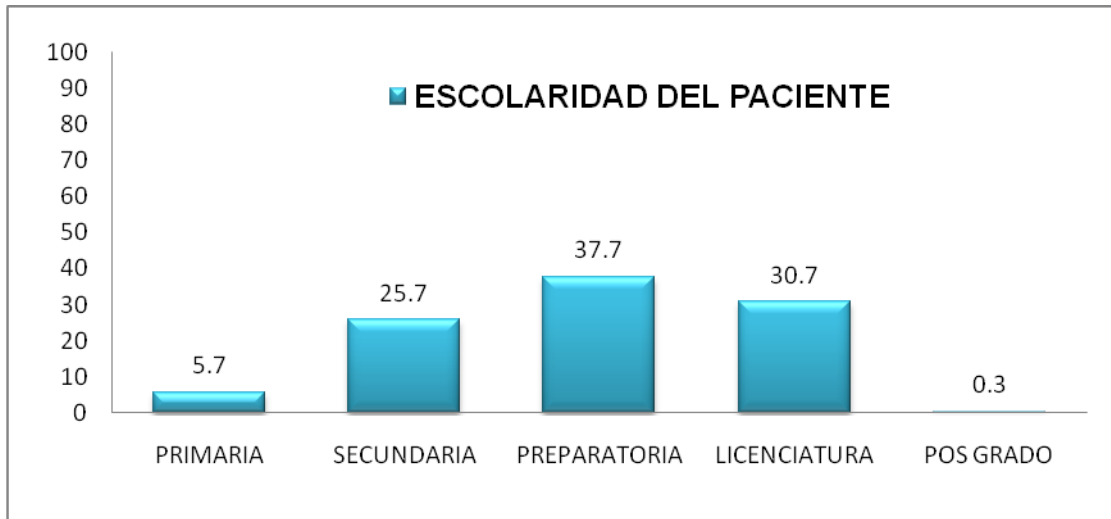
Fuente: Instrumento Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 3. El mayor porcentaje de los adultos jóvenes encuestados son casados (64%), y sólo el 0.7% corresponde al estado civil de viudez.



Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

La escolaridad de la mayoría de los adultos jóvenes que acuden a la clínica de medicina familiar "Gustavo A. Madero" corresponde al nivel medio superior con un 37.7% y sólo el 0.3% (1) ha estudiado un posgrado, como se observa en la gráfica 4.



Fuente: Instrumento Cuestionario de salud SF36.

Cuadro 5. Colonia en que reside el paciente.

Colonia de residencia del paciente	Consultorio	Frecuencia	Porcentaje
Ampliación Gabriel Hernández	14	28	9.3
Atzacolcos	12	16	5.3
El Índico	9	10	3.3
Gabriel Hernández	15	37	12.3
La Villa Gustavo A. Madero	2	23	7.7
Lindavista	11	31	10.3
Santa Isabel Tola	2	42	14.0
Zacatenco	10	40	13.3
Tepeyac Insurgentes	3	22	7.3
Ticomán	9	51	17.0

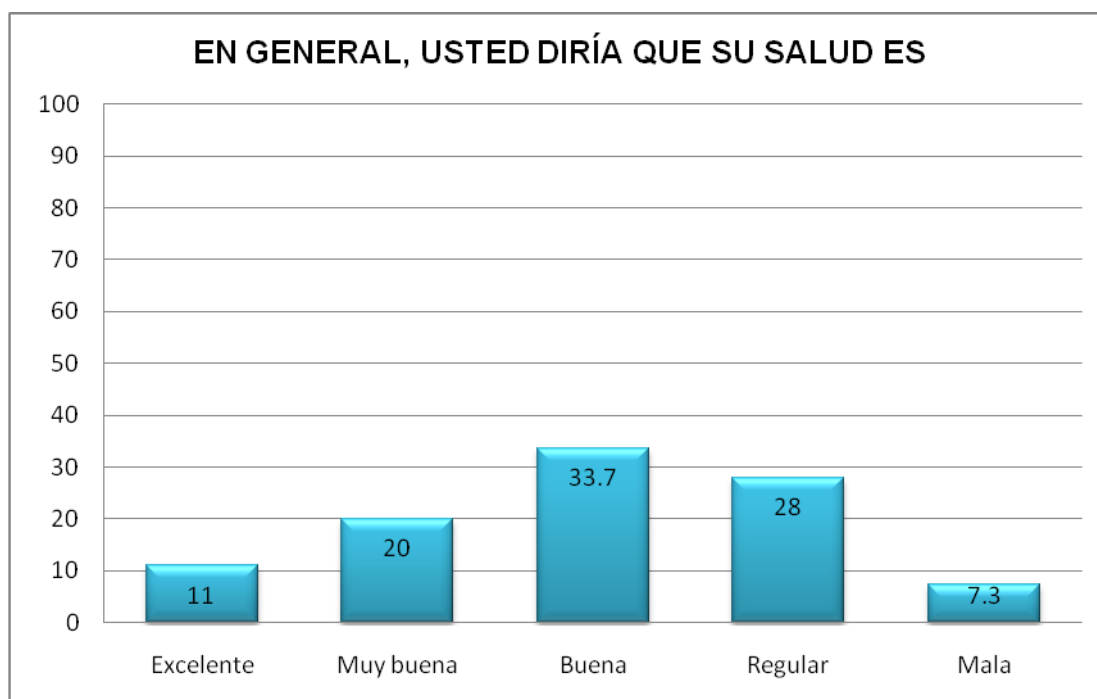
Fuente: Instrumento Cuestionario de salud SF36.

Del total de adultos jóvenes encuestados, el 37% padece alguna enfermedad y dentro de este porcentaje, el 4% padece diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial. Como se observa en el cuadro 6.

Enfermedades que padece el paciente	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus 2	21	7.0
Hipertensión arterial	18	6.0
Otras	60	20.0
Ninguna	189	63.0
Diabetes e hipertensión	12	4.0

Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 7. 106 pacientes (35.3%) perciben su estado de salud como regular y/o mala.



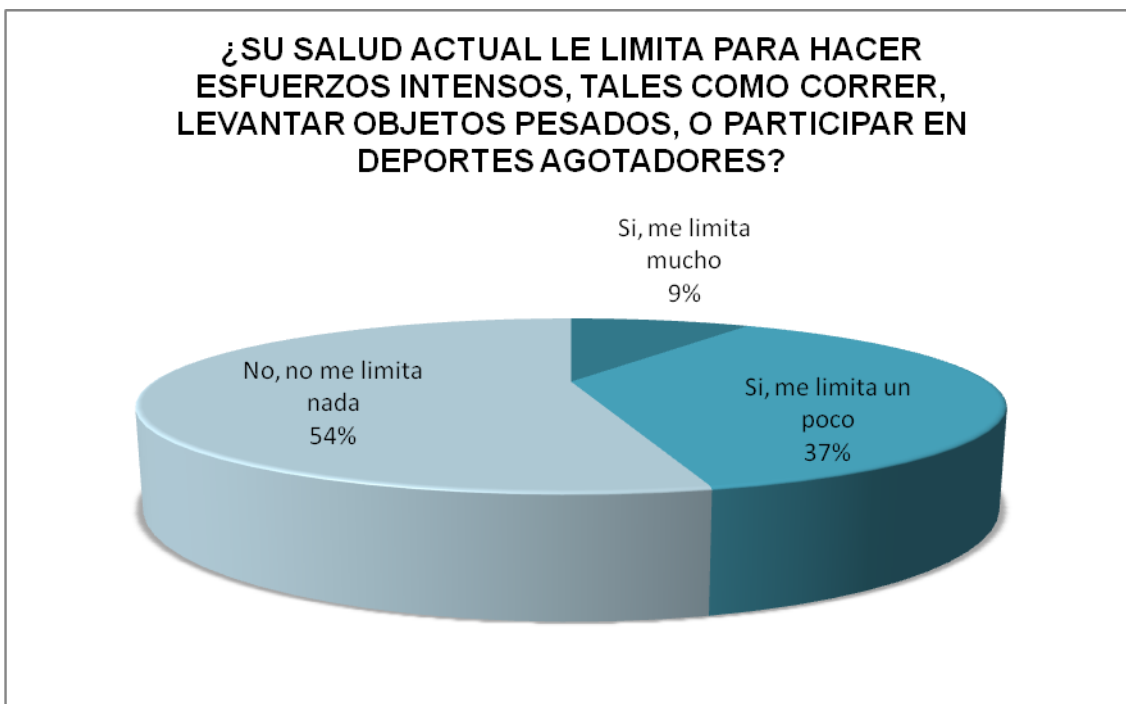
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Cuadro 8. El 27 % de las personas encuestadas perciben su salud actual peor que hace un año.

¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	Porcentaje (%)
Mucho mejor ahora que hace un año	13,7
Algo mejor ahora que hace un año	16,3
Mas o menos igual que hace un año	43
Algo peor ahora que hace un año	19,7
Mucho peor ahora que hace un año	7,3

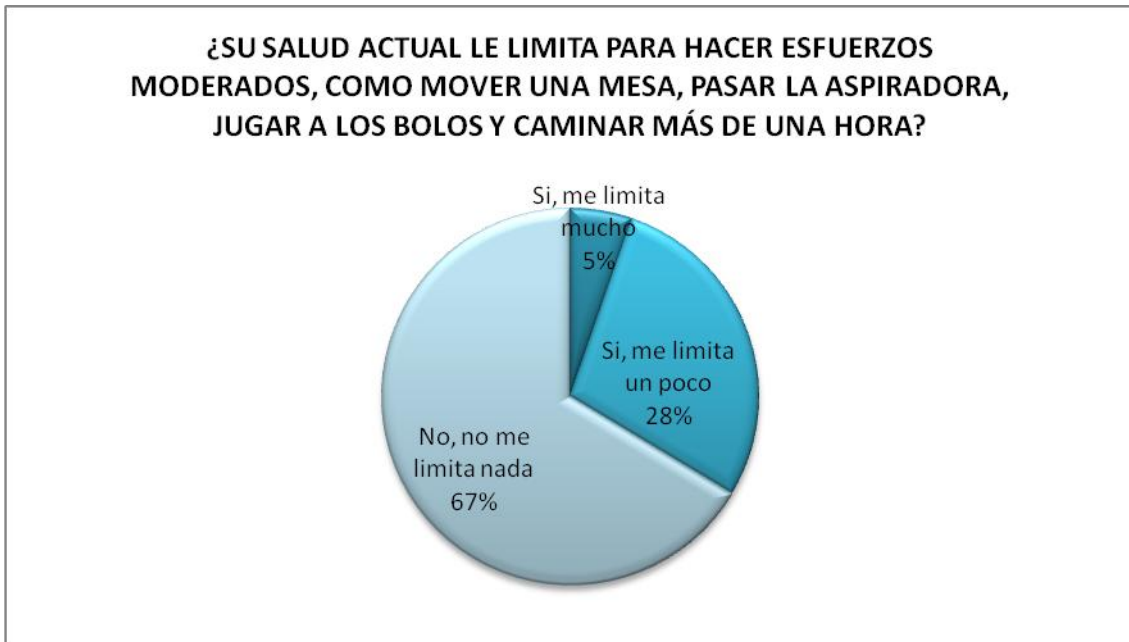
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 9. Del total de la muestra al 46% de los adultos jóvenes, su salud actual le limita para hacer esfuerzos intensos.



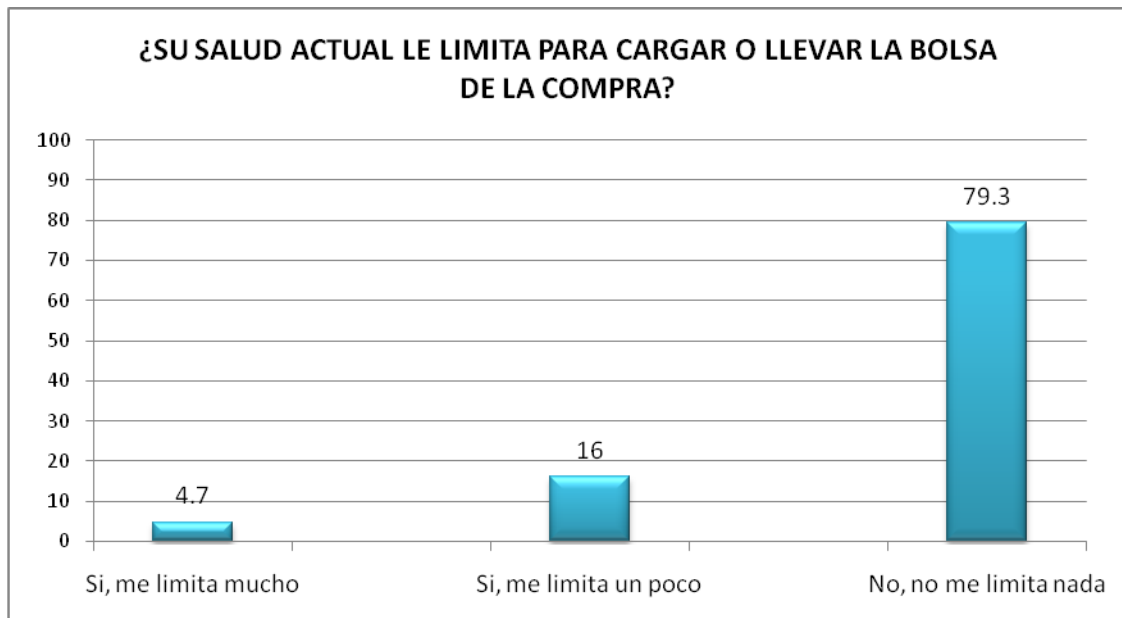
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

De 300 personas encuestadas, 101 que representa el 33.6% de la muestra, su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como se observa en la gráfica 10.



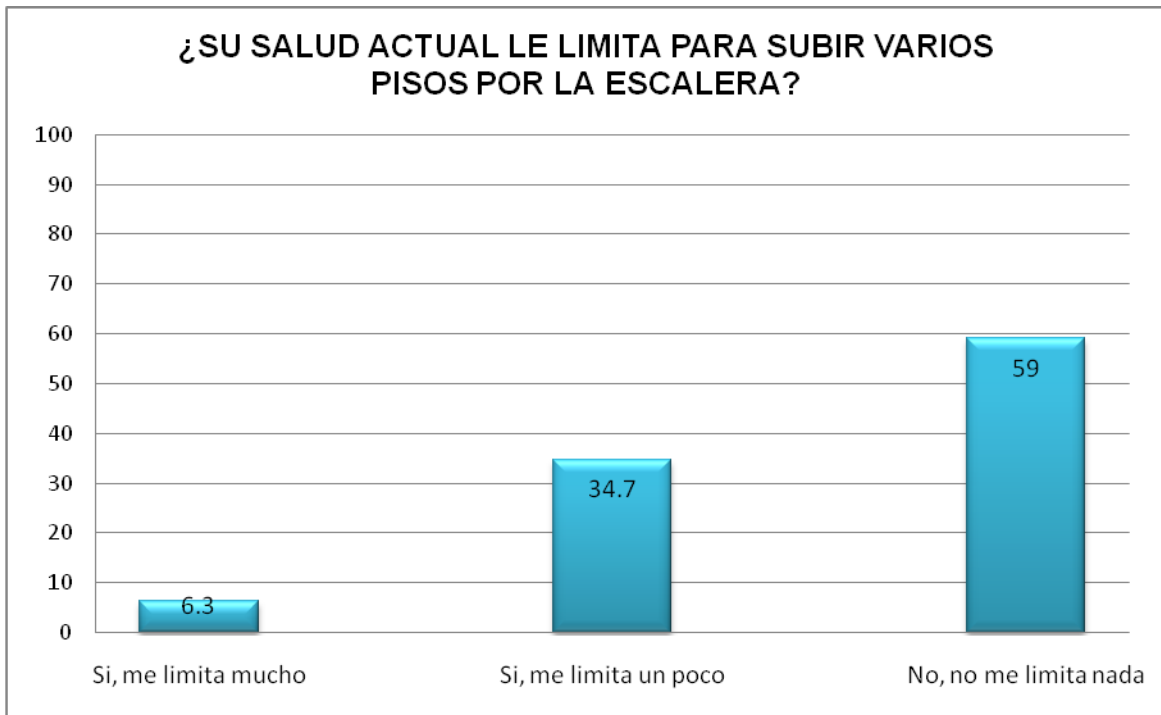
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 11. El 20.7% de la muestra, refiere que su salud actual le limita para llevar la bolsa de la compra.



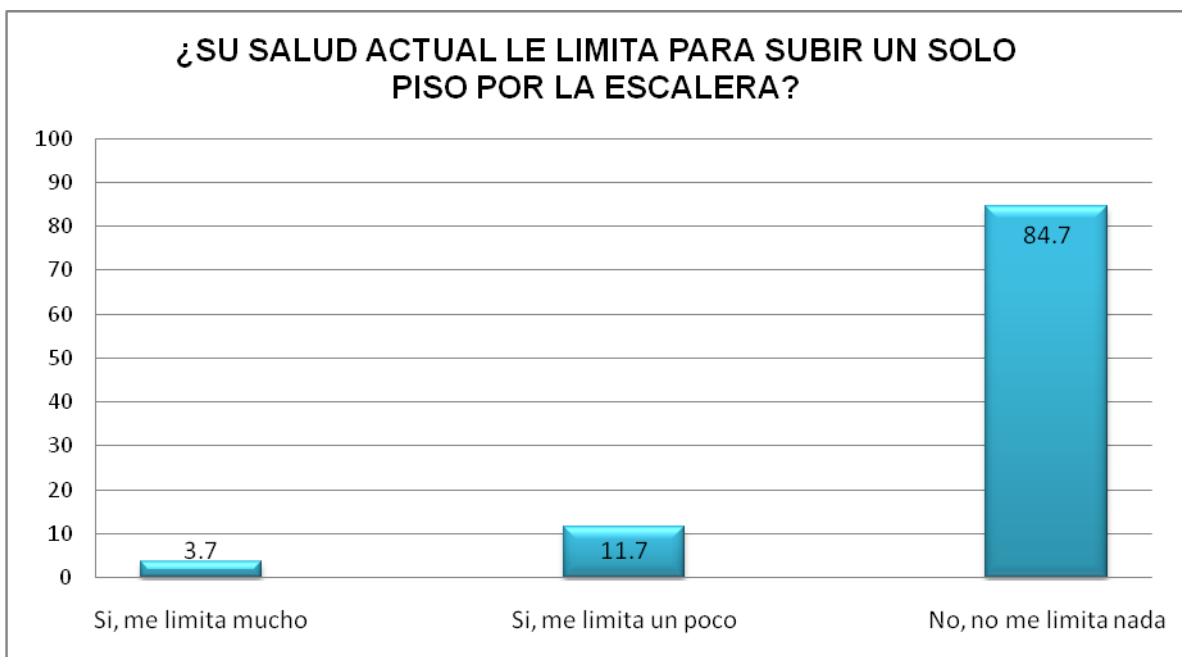
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 12. Al 41 % de los adultos jóvenes encuestados, su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera.



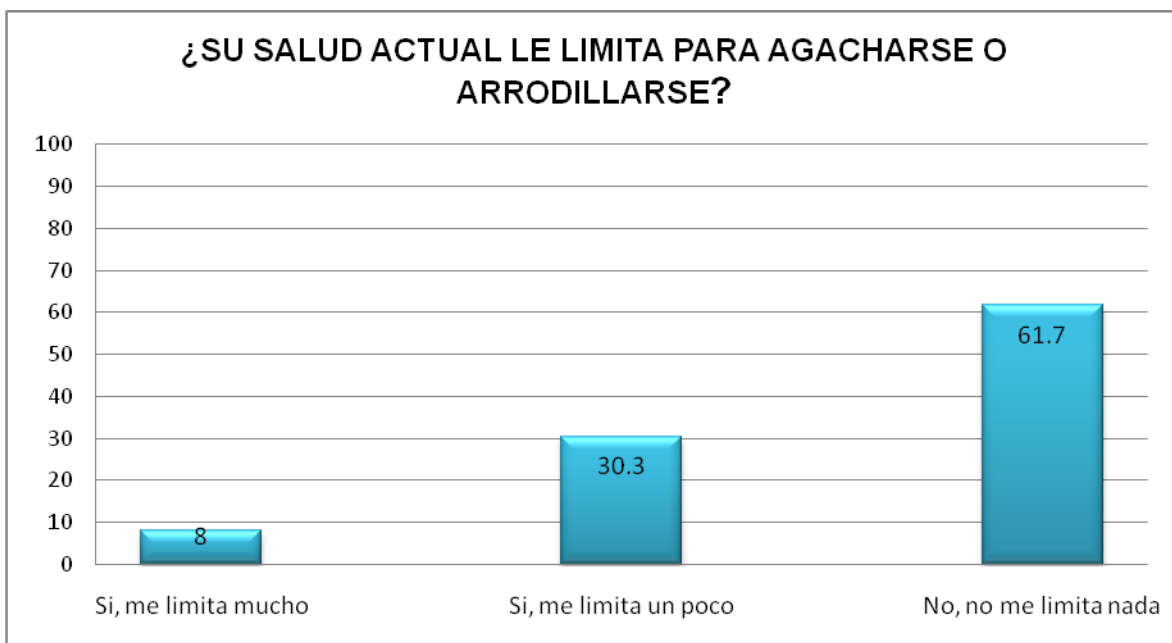
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

A 46 personas de la muestra, que representa el 15.4%, su salud actual le limita para subir un solo piso por la escalera, como se observa en la gráfica 13.



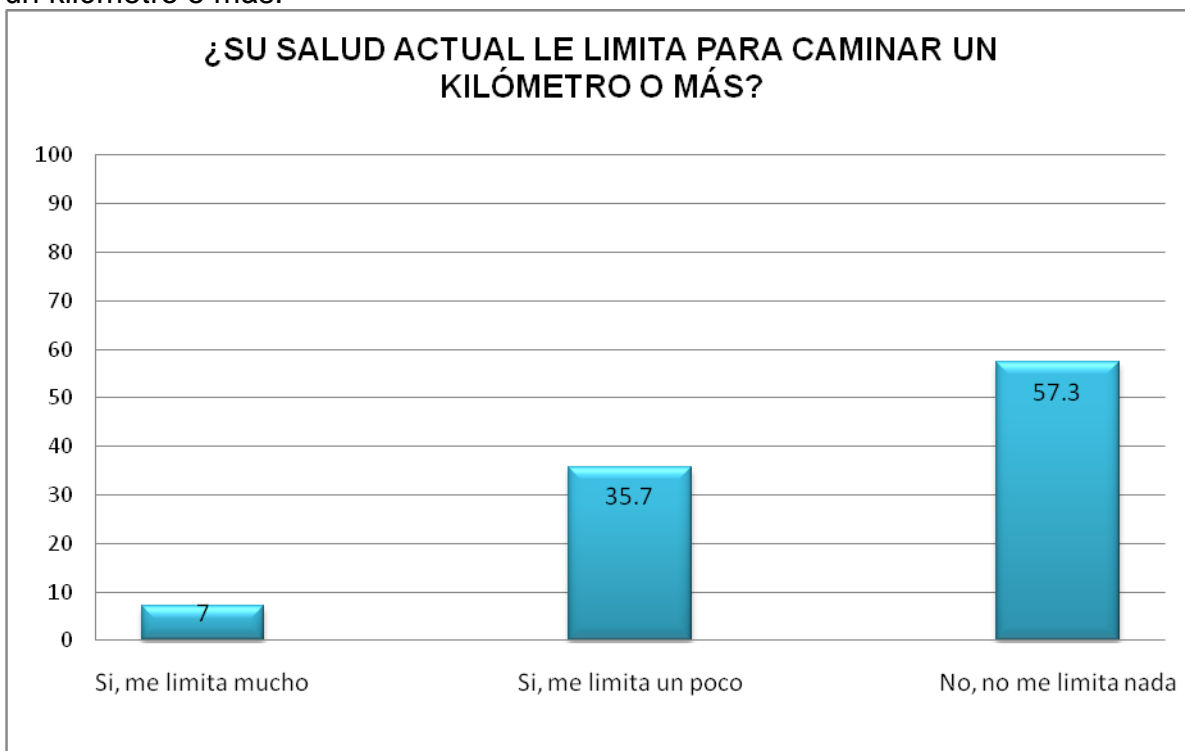
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 14. Al 38.3% de los adultos jóvenes encuestados, su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse.



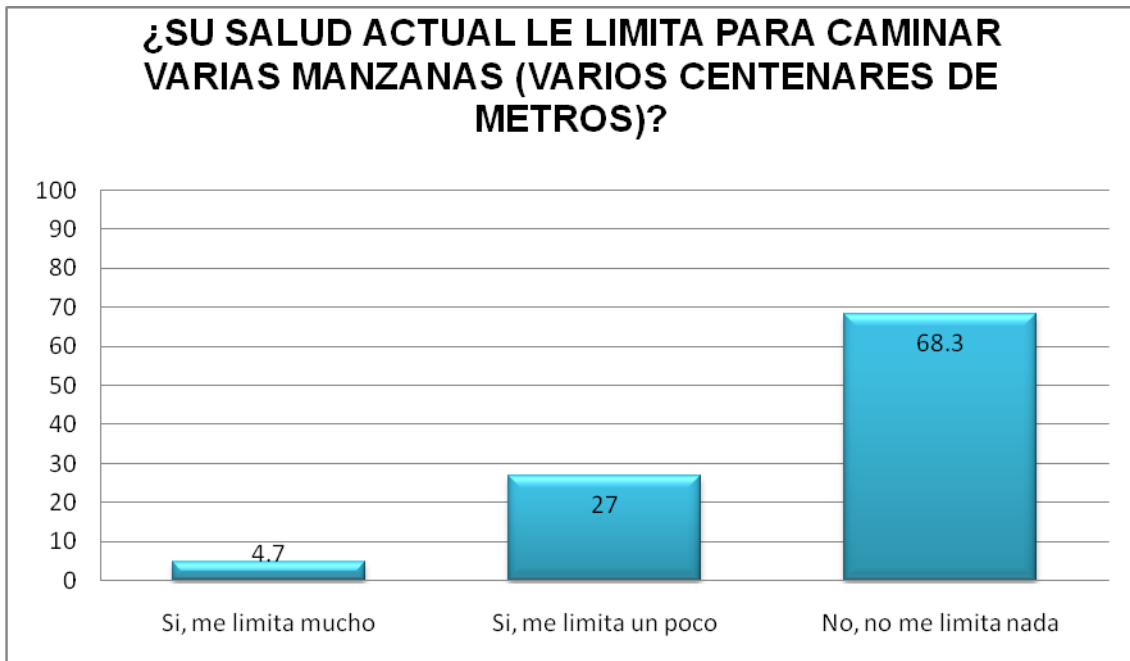
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 15. Del total de la muestra 42.7%, su salud actual le limita para caminar un kilómetro o más.



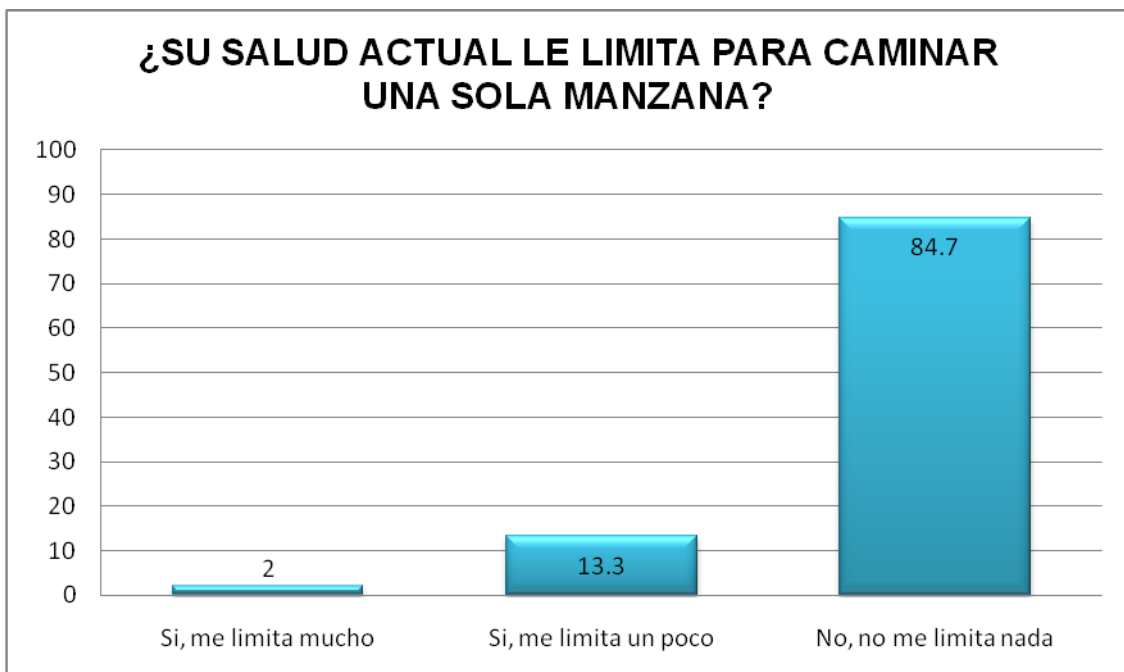
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36

El 31.7% de la muestra, refiere que su salud actual le limita para caminar varias manzanas, como se observa en la gráfica 16.



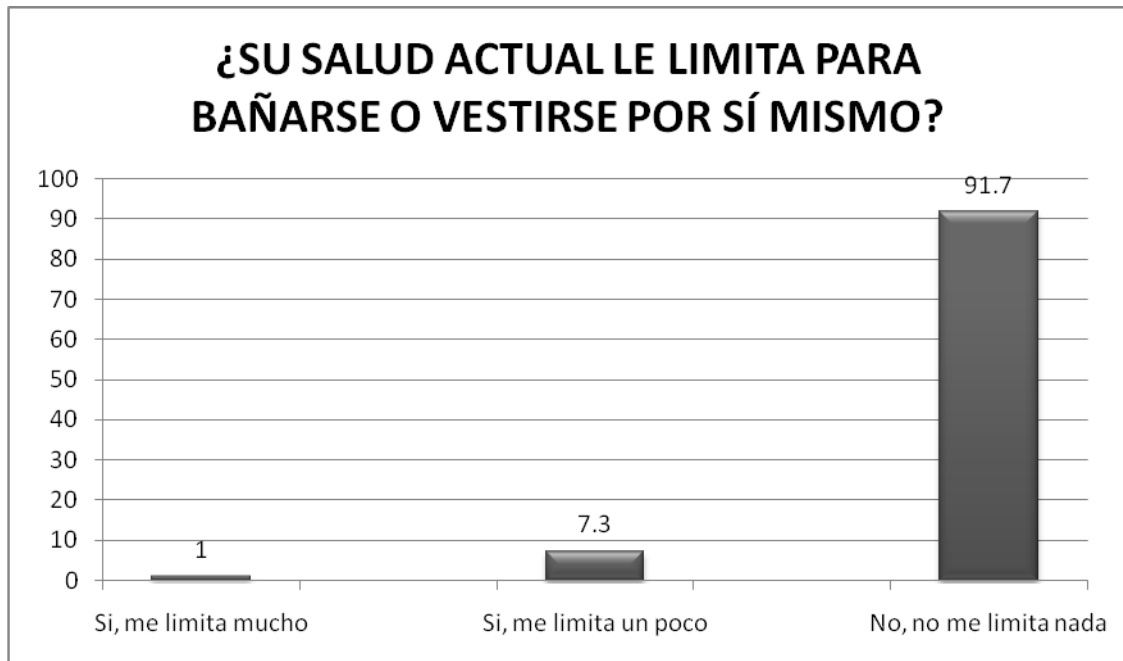
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 17. De los adultos jóvenes encuestados al 15.3%, su salud actual le limita para caminar una sola manzana.



Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

De los 300 encuestados, el 8.3% refiere que su salud actual le limita para bañarse o vestirse por sí mismo. Gráfica 18.



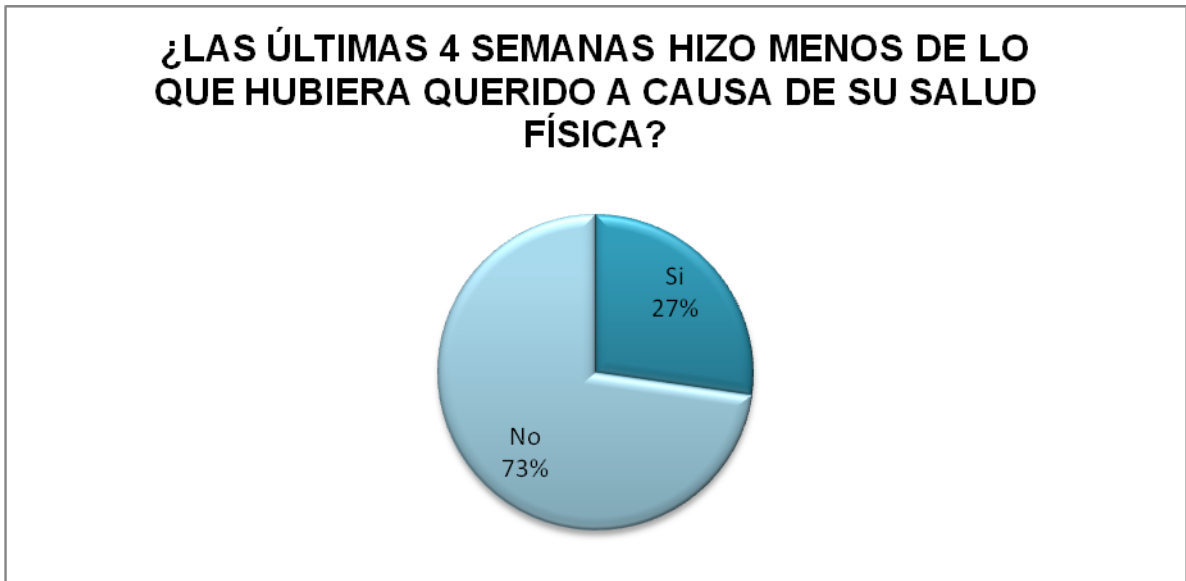
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 19. El 25.7% de 300 adultos jóvenes encuestados, tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física.



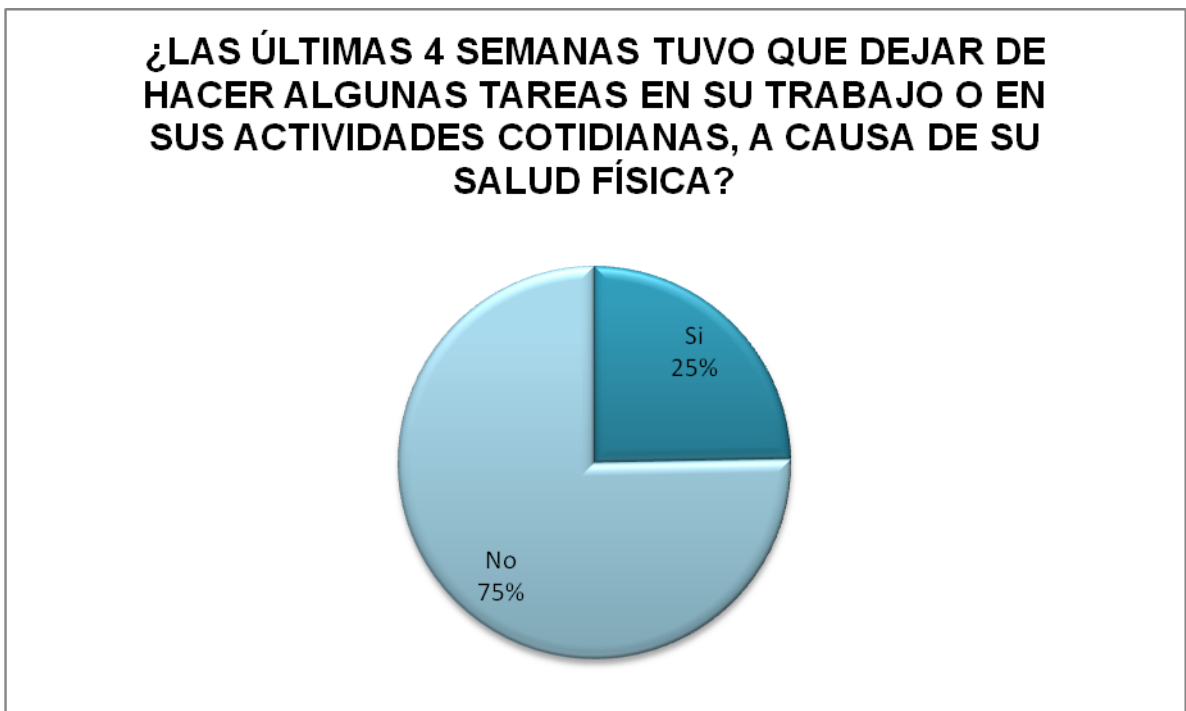
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 20. 82 (27.3%) adultos jóvenes de 20 a 39 años de edad, hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud actual, las últimas 4 semanas.



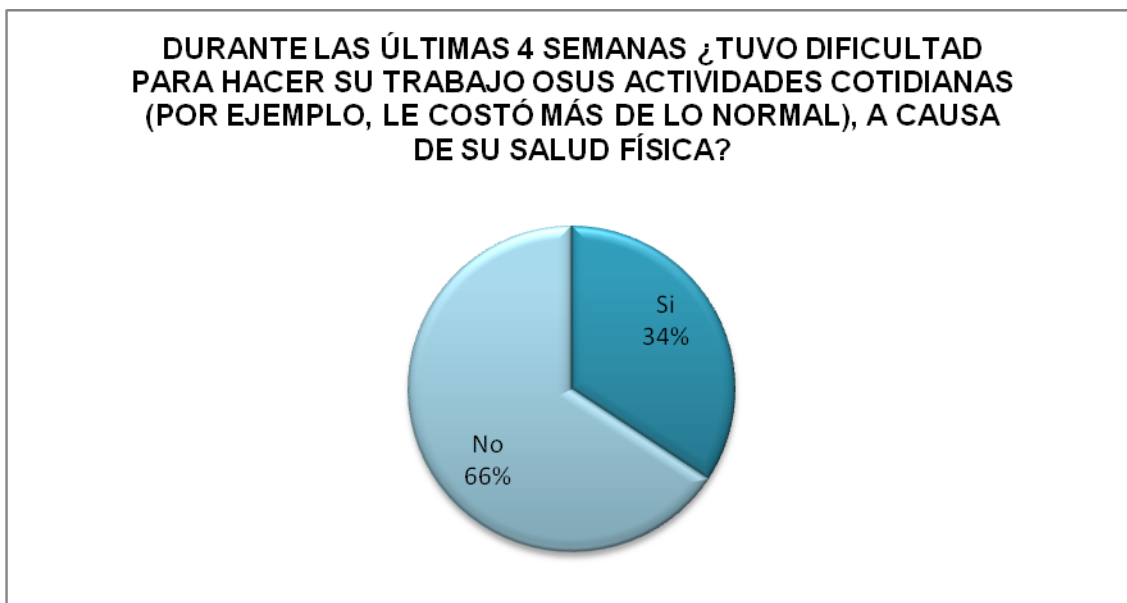
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 21. El 24.7 % de la muestra tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física, en las últimas 4 semanas.



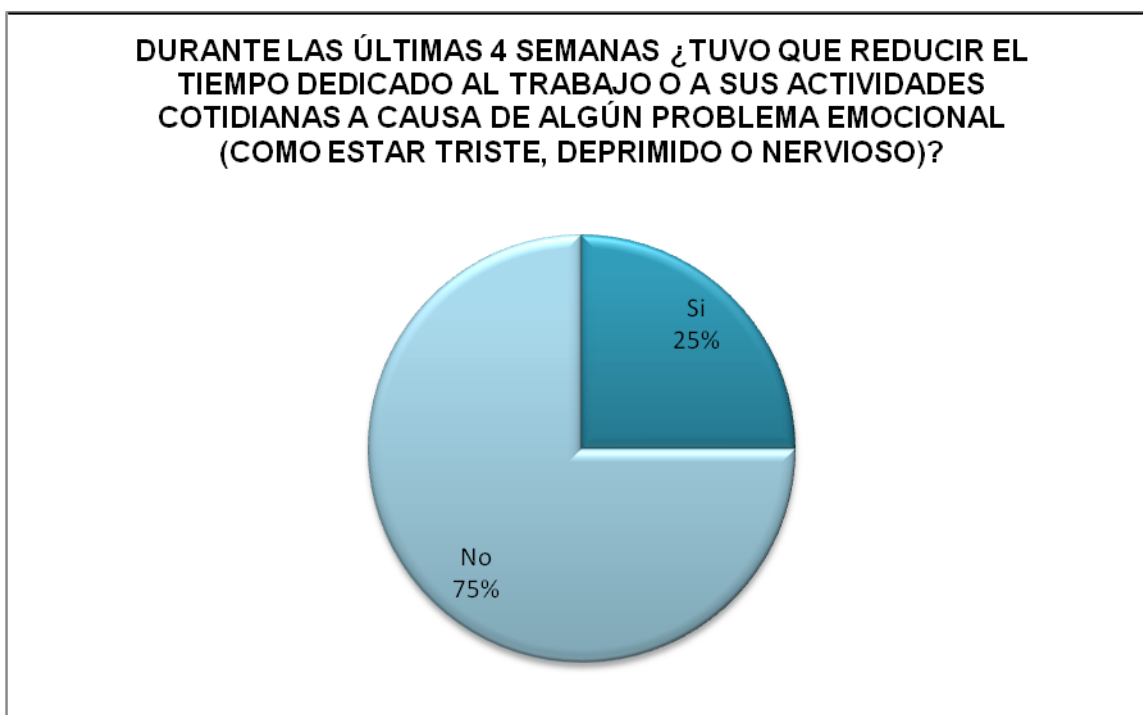
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 22. El 34.3 % de los adultos jóvenes encuestados, que representa a 103 personas, tuvo dificultad para hacer sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?



Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

El 25% de los adultos jóvenes encuestados, en las últimas 4 semanas, se sintió triste, deprimido o nervioso, que tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus actividades cotidianas. Gráfica 23.



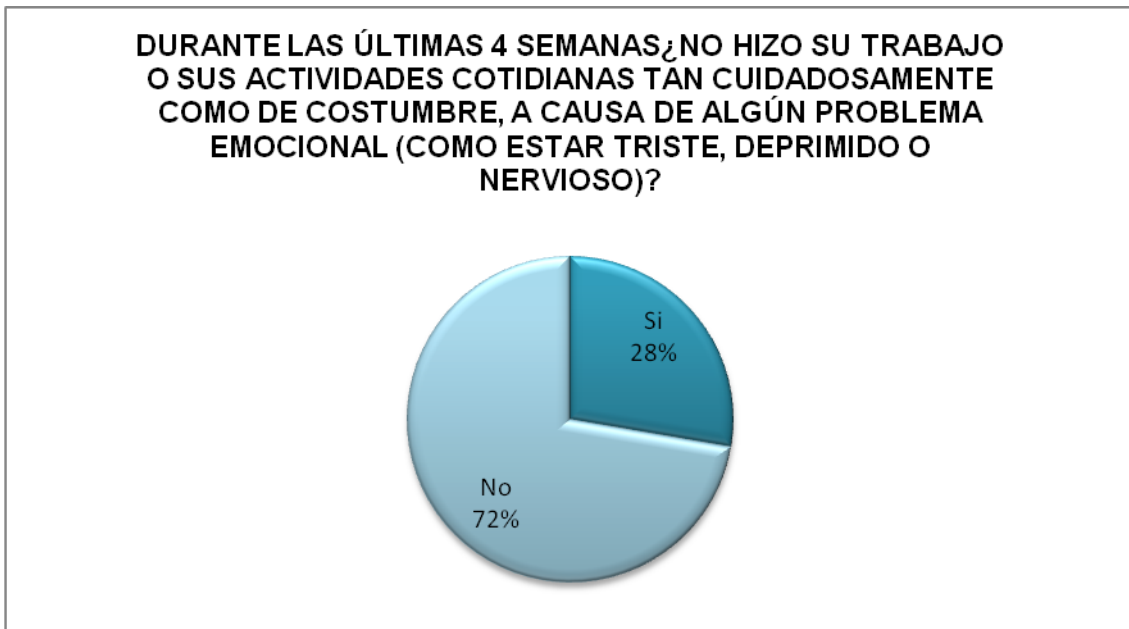
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 24. El 30.7 % de los adultos jóvenes encuestados hicieron menos de lo que hubieran querido hacer a causa de un problema emocional, las últimas 4 semanas.



Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 25. El 27.7% de las personas de 20 a 39 años, en las últimas 4 semanas, no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de un problema emocional.



Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Cuadro 26. Al 44.7% de la población la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas en las últimas cuatro semanas.

Las últimas 4 semanas ¿hasta qué punto la salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	%
Nada	55,3
Un poco	19,7
Regular	15
Bastante	5
Mucho	5

Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

En las últimas cuatro semanas el 55% de la población encuestada presentó dolor en alguna parte de su cuerpo, como se observa en cuadro 27.

Las últimas 4 semanas ¿tuvo dolor en alguna parte de su cuerpo?	%
No, ninguno	45
Sí, muy poco	20,7
Sí, un poco	17
Sí, moderado	9,7
Sí, mucho	3,7
Sí, muchísimo	4

Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36

Cuadro 28. Al 47% de los adultos jóvenes el dolor les ha dificultado su trabajo habitual, durante las últimas cuatro semanas.

Las últimas 4 semanas, ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	%
Nada	53
Un poco	20
Regular	17,7
Bastante	2,7
Mucho	6,7

Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

El 41.6% se ha sentido lleno de vitalidad algunas veces y el 7.7% de los adultos encuestados nunca se ha sentido lleno de vitalidad, como se observa en el cuadro 29.

Las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	%
Siempre	15,7
Casi siempre	18
Muchas veces	17
Algunas veces	26,3
Sólo alguna vez	15,3
Nunca	7,7

Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Cuadro 30. Durante las últimas cuatro semanas el 12.3% de los adultos jóvenes nervioso muchas veces, y el 3.7% se ha sentido así siempre.

Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	%
Siempre	3,7
Casi siempre	7,3
Muchas veces	12,3
Algunas veces	22
Sólo alguna vez	32
Nunca	22,7

Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Cuadro 31. El 59.3% de los adultos jóvenes encuestados se han sentidos bajos de moral en las últimas cuatro semanas.

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	%
Siempre	1
Casi siempre	3
Muchas veces	7,7
Algunas veces	22
Sólo alguna vez	25,7
Nunca	40,7

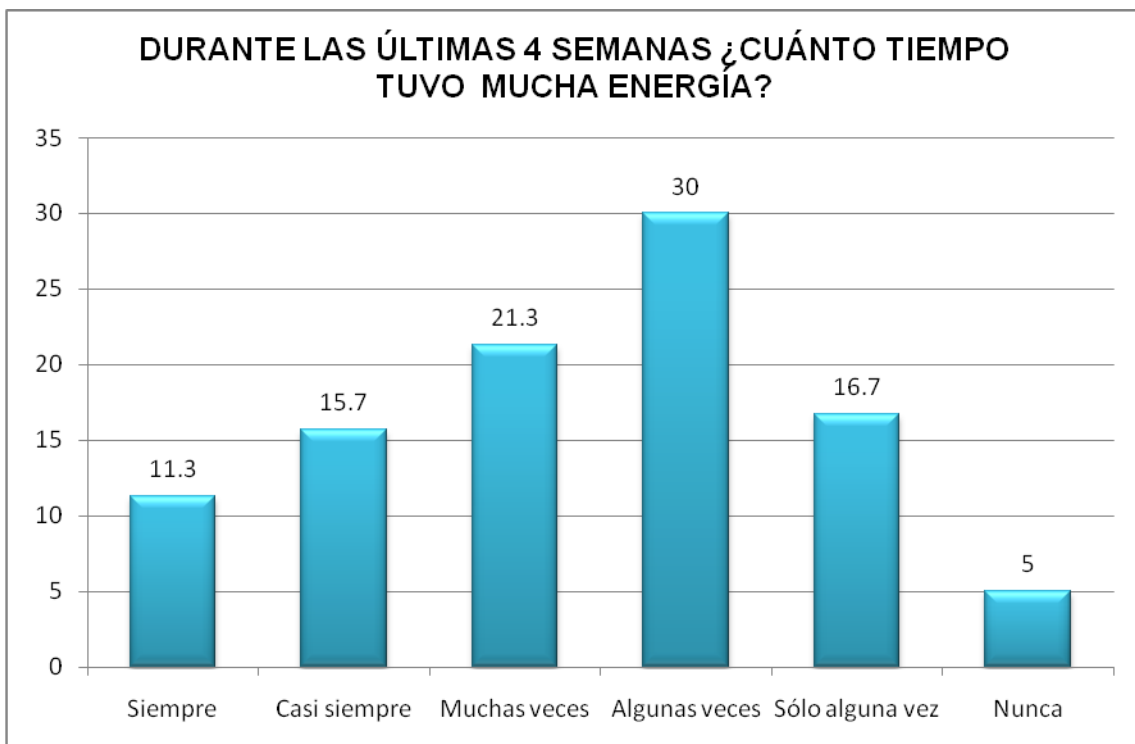
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Cuadro 32. Dentro de la población encuestada el 50.7% se sintió calmado y tranquilo durante las últimas cuatro semanas.

Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	%
Siempre	14
Casi siempre	15
Muchas veces	20,3
Algunas veces	33,3
Sólo alguna vez	14,7
Nunca	2,7

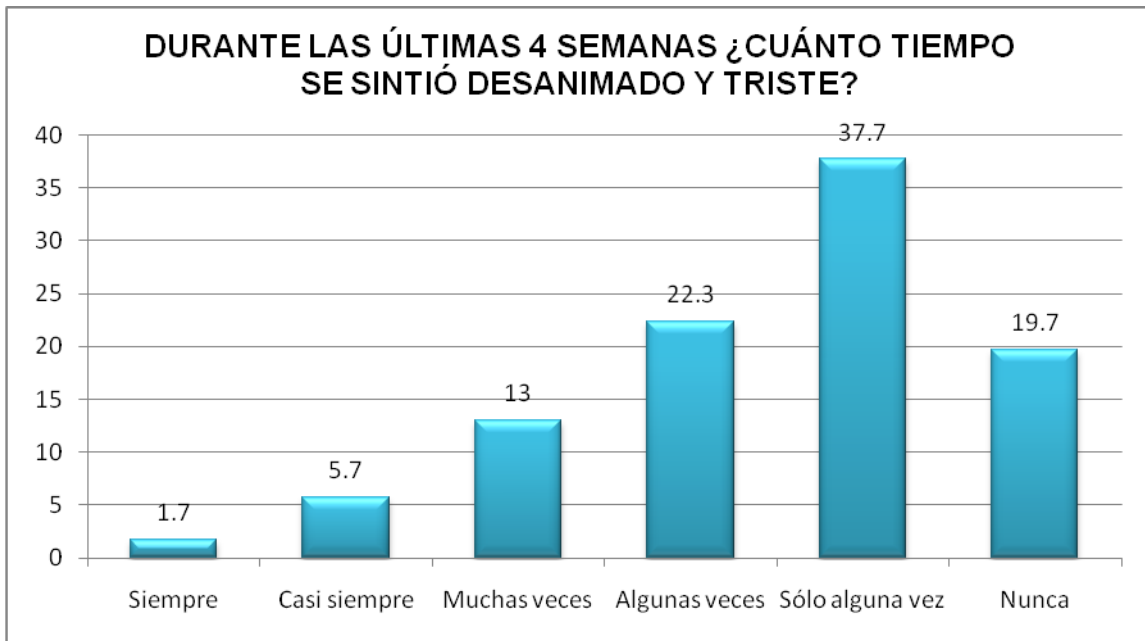
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

El 5% de la población nunca tuvo mucha energía, durante las últimas cuatro semanas, como se observa en la gráfica 33.



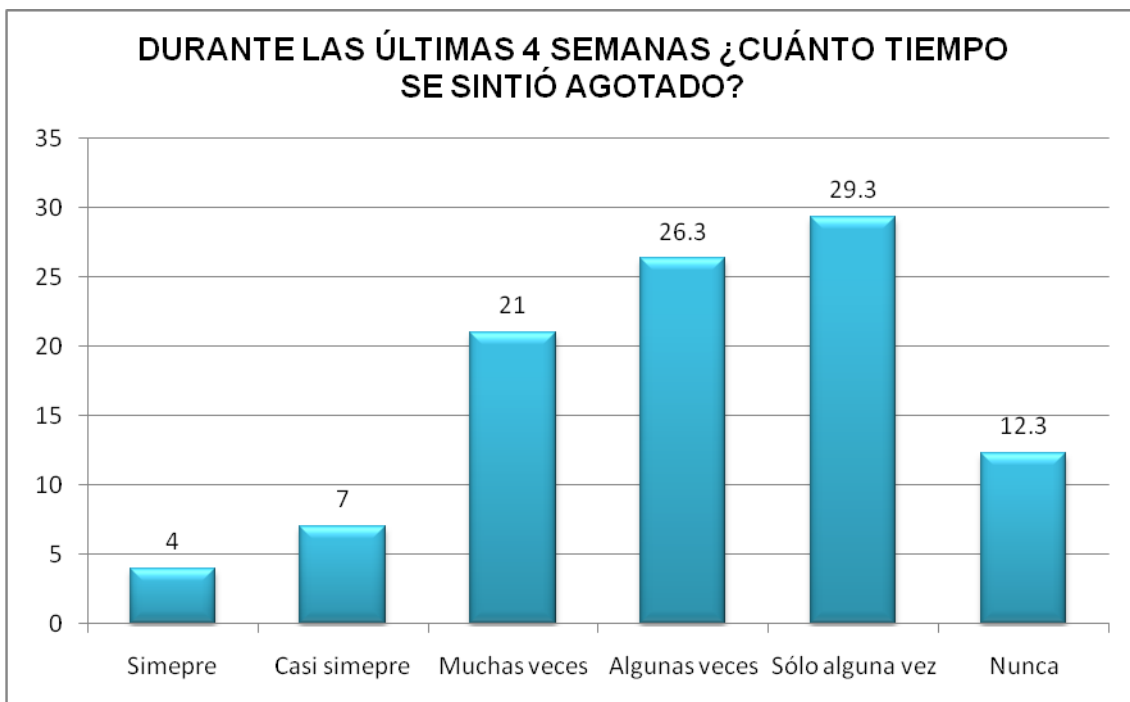
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

El 80% de las personas de 20 a 39 años, en las últimas 4 semanas, se ha sentido triste. Gráfica 34.



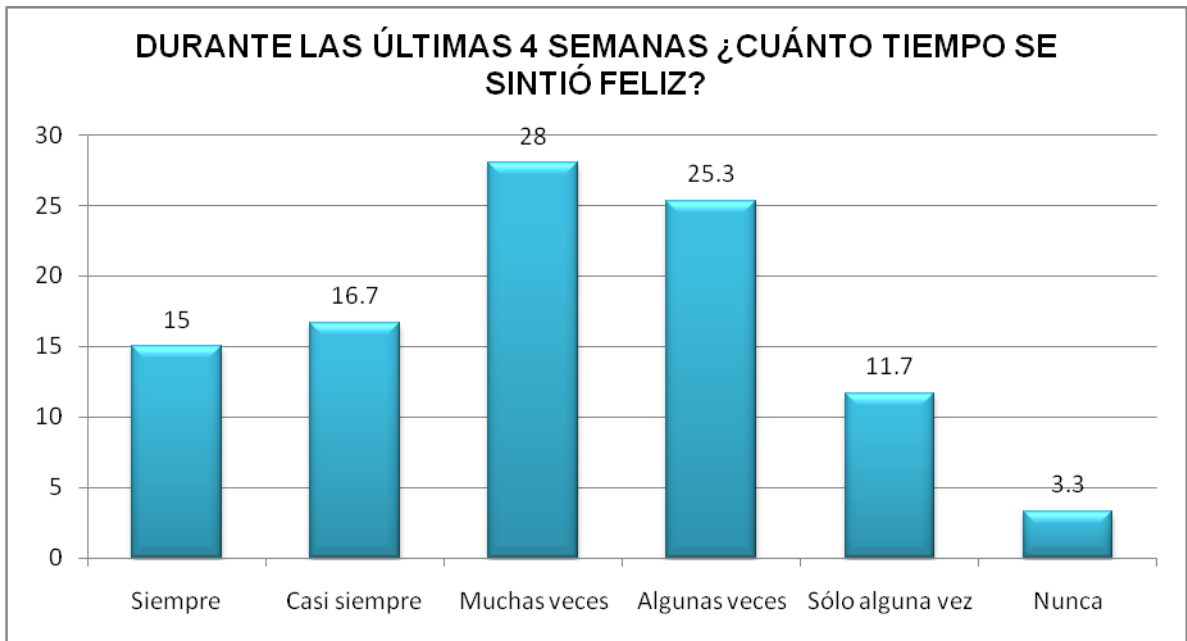
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 35. De los adultos jóvenes encuestados el 29.3% se sintió agotado durante las últimas cuatro semanas.



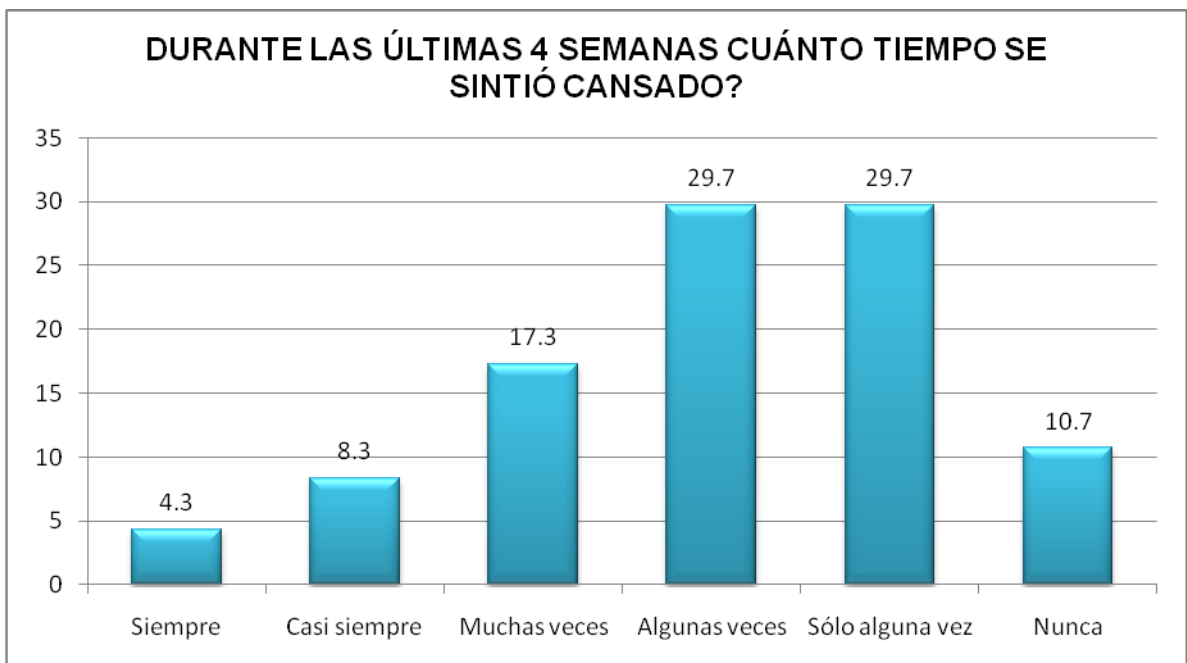
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 36. El 3.3% de los adultos encuestados nunca se sintió feliz en las últimas cuatro semanas, y el 11.7% sólo alguna vez.



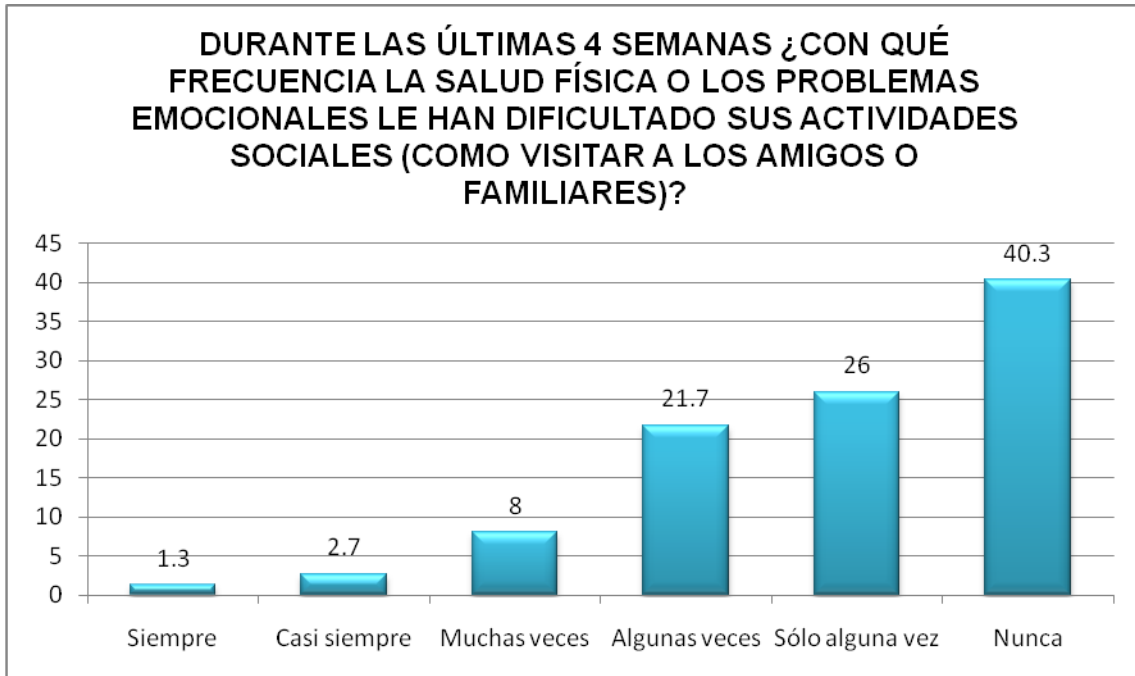
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Durante las últimas cuatro semanas el 17.3% de los encuestados se sintió cansado muchas veces, el 8.3 casi siempre y el 4.3 siempre. Gráfica 37.



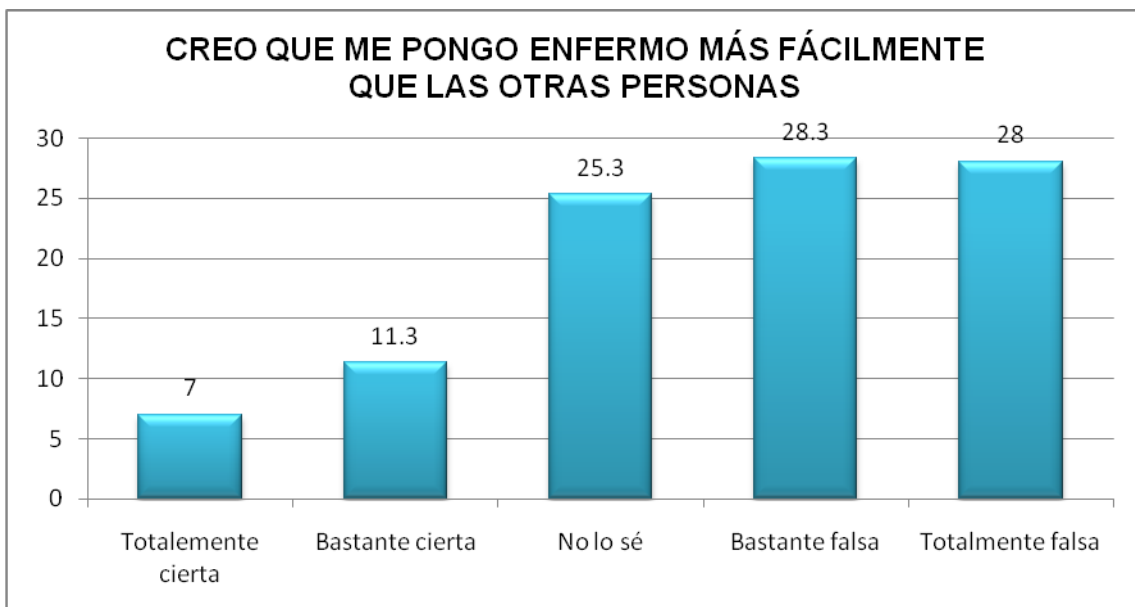
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 38. Al 59.7% de la población encuestada su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales, en las últimas cuatro semanas.



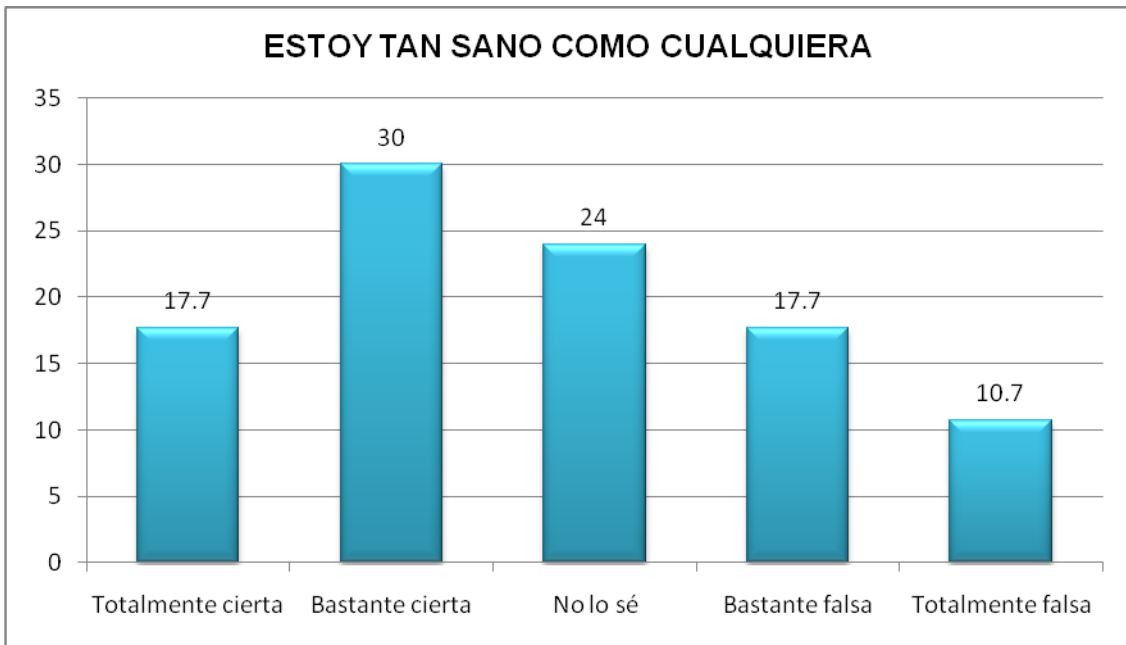
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

El 18.3% de los personas encuestadas cree que se pone más fácilmente enfermo que los demás. Gráfica 39.



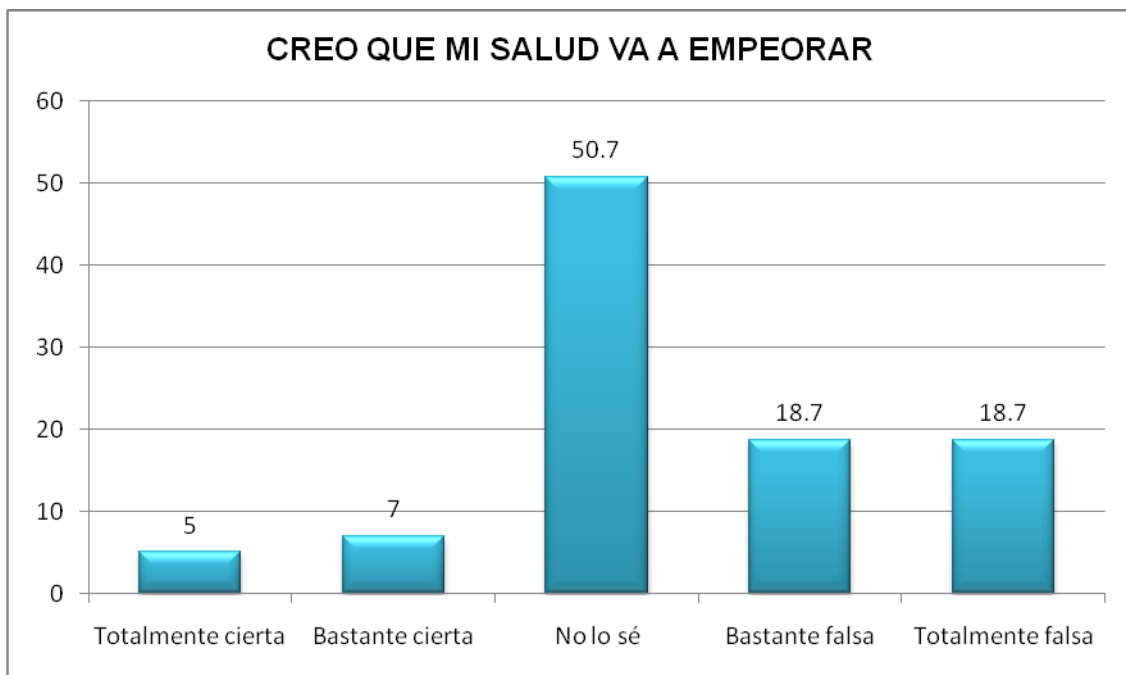
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 40. El 28.4 de los adultos encuestados no cree estar tan sano como cualquiera.



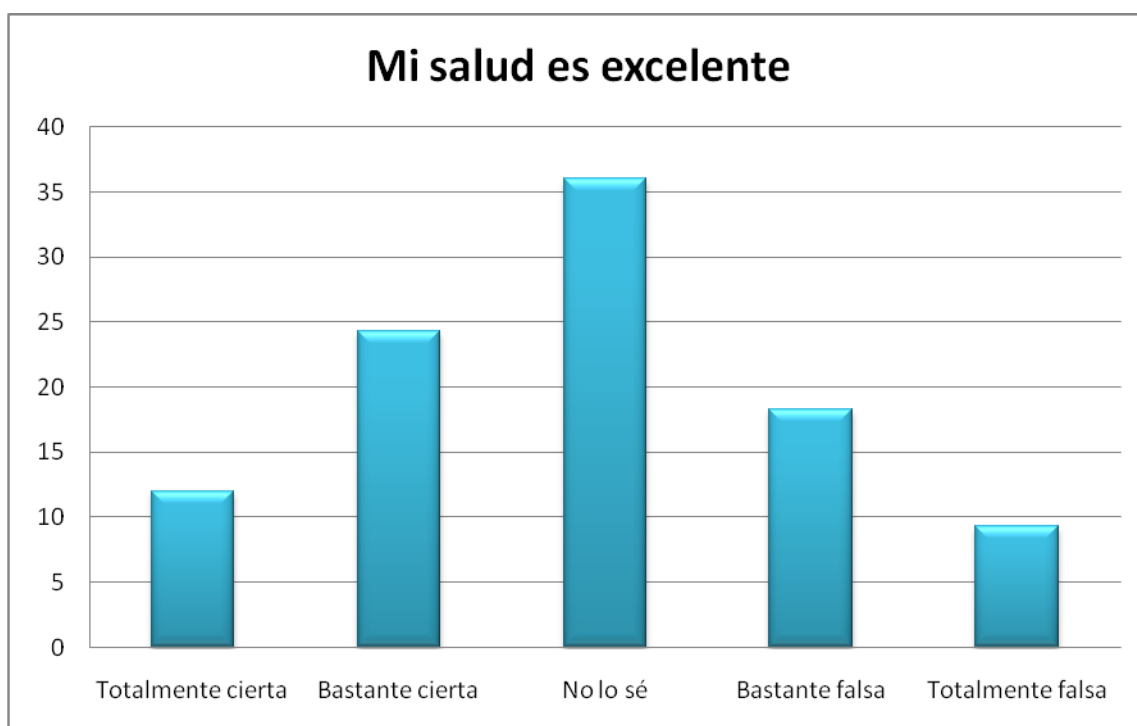
Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

El 12 % de la población cree que su salud va empeorar, según se observa en la gráfica 41.



Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

Gráfica 42. El 36.3% de la población cree que su salud es excelente, mientras el 27.6% cree que eso es falso y el 36% no lo sabe.



Fuente: Instrumento: Cuestionario de salud SF36.

4. CONCLUSIONES

Con la realización del presente trabajo se lograron los objetivos planteados, tanto específicos como el objetivo general. Se aplicó el cuestionario de salud SF36, el cual a través de los 36 ítems forma ocho dimensiones de evaluación, que son: la función física, dolor corporal y salud general que se engloban en el apartado de salud física; y vitalidad, función social, rol emocional y salud mental que integran la medida de salud mental. A través de ambas mediciones salud física y mental nos revela un indicador genérico de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de la población encuestada.

Es así que los adultos jóvenes de 20 a 39 años que accedieron a contestar la encuesta, en un 30%, percibe su estado de salud actual peor comparada con la de hace un año, lo que revela una percepción del estado de la calidad de vida no óptima.

Siendo una población joven, era de esperarse que la percepción fuera en su mayoría buena, sin embargo es importante destacar que las dimensiones física y mental están afectadas en personas menores de 40 años, los cuales integran una gran parte de la población económicamente activa de nuestro país, y llama la atención ya que de acuerdo a algunas teorías del envejecimiento podría deberse a las primeras manifestaciones de proceso de envejecimiento que inicia a partir de los 30 años.

Como médicos familiares estamos capacitados para abordar al paciente no sólo de forma biomédica sino aplicar el modelo biopsicosocial que nos permita incidir en la población aparentemente sana y poder orientarla sobre la conservación de la salud e incluso interferir, dándoles las opciones necesarias para el desarrollo de una vida saludable que permita un envejecimiento exitoso.

A través de los resultados obtenidos es imperante poner atención no sólo en aquellos pacientes que ya presentan todo el peso de envejecimiento, sino que es necesario enfocar esfuerzos en aquellos que creemos representan a una

población sana y sin embargo una parte significativa de estos ya tienen una percepción alterada de su estado de salud, lo cual repercute en su desarrollo físico, mental e incluso emocional.

Es necesario reconocer cuales son las condiciones que afectan a estos jóvenes e implementar las estrategias probablemente ya conocidas por los médicos, en las que la idea en general es abordar al paciente, sin importar su edad, de manera integral, y sin importar el motivo de consulta, ya que tal vez sea la última oportunidad de generar en el paciente la inquietud de ser parte activa del proceso salud enfermedad.

5. REFERENCIAS

1. Moreno B, Ximénez C. Evaluación de la calidad de vida. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud (Madrid) 1996. 1045-1070.
2. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. 2003; IX (2): 9-12.
3. Gómez M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de integración en la comunidad. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Madrid 2000.
4. Palomba R. Calidad de vida: conceptos y medidas. Institute of population research and social policies. (Chile) 2002 [seriada en línea]. Disponible en http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf
5. Sanz A, Blanco L, Flores L. el concepto de calidad de vida en los profesionales de cuidados paliativos. Medicina paliativa. 2008; 15(3): 165-170
6. Morales A, Grau G, Campo P, Benavente A, Pascual J.L. desarrollo del ESCAP-CDV como instrumento de medida para la valoración de vida en el cáncer de próstata. Primera parte. Actas urológicas españolas. 2002; 26(4):242-249
7. Villota F. Concepto de desarrollo e indicaciones de la calidad de vida. Revista de economía política. 1981;87:107-133
8. Velarde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica México 2002;44:349-361. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

9. Gómez E. Un recorrido histórico del concepto de salud y de calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *Tog (Coruña)* [seriada en línea] 2009 [28 enero 2010]; 6(9):[10 páginas] disponible en <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
10. World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL Measuring Quality of Life 1997 [11 octubre 2009]; 97(4): [15 páginas]. Disponible en http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
11. Lingjiang L, Derson Y, Shuiyuan X, Xiao Z, Liang Z. Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. *Bulletin of the World Health Organization* [seriada en línea] 2004 [citado enero 2010]; 87(7): [10 páginas]. Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/7/493.pdf>
12. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp* 2004; 76(2):71-77
13. Secretaria de Salud. Subsecretaria de innovación y calidad. Cuestionario de salud SF-36. [citado 11 octubre 2009] Disponible en http://www.api.ning.com/files/cuestionario_salud_SF36.pdf.
14. Rodríguez J, Pastor M, López S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema (Esp)* 1993; 5: 349-372
15. Consiglio E, Belloso W. Nuevos indicadores clínicos. La calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina (Buenos Aires)* 2003; 63: 172-178
16. Molinero L. Cuestionarios de salud. Asociación de la sociedad española de hipertensión (España) 1998
17. Abellán A. Rev. Percepción del estado de salud. *Mult. Gerontol.* 2003 [citado 12 octubre 2009]; 13(5): 340-342. Disponible en http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2003_5/g-13-5-007.pdf

18. Zúñiga MA, Carrillo GT, Foss P, Gandek B, Medina M. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México* 1999 [citado 13 octubre 2009]; 41(2): 110-117. Disponible en <http://www.chime.ucla.edu/measurement/SF-36%20Mexico%20Spanish.pdf>
19. Alonso J. Descripción del instrumento. Cuestionario de salud SF36. *BiblioPRO* [citado 13 octubre 2009]. Disponible en http://bibliopro.imim.es/PDFs/Descripcion_SF-36_BiblioPRO.pdf
20. Vilaug G, Ferre M, Raimil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J. et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac. Sanit.* [seriada en línea]. 2005 [citado 29 enero 2010]; 19(2): 135-150. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.
21. Instituto Municipal de Investigación Médica. IMIM. Manual de puntuación de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Agosto 2000. [citado 13 de octubre 2009] Disponible en <http://www.imim.es>
22. Durán L, Gallegos K, Salinas G, Martínez H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud pública México* [seriada en internet]. 2004 [citado 15 de Oct 2009]; 46(4): 306-315. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000400005&lng=en. doi: 10.1590/S0036-36342004000400005
23. Padilla G. Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*. 2005 [citado 15 octubre 2009]; 13(1): [80-88]

24. Hernández R, Fernández J, Rancaño I, Cueto A. Calidad de vida y enfermedades neurológicas. Neurología Facultad de medicina. Universidad de Oviedo. 2001 [citado 15 octubre 2009]; 16: 30-37. Disponible en http://www.siicsalud.com/temp/oculto/axe_marco.php?
25. Callahan LF, Shreffler J, Mielenz TJ, Kaufman JS, Schoster B, Randolph R, et al. La calidad de vida relacionada con la salud en adultos de 17 clínicas de medicina familiar de Carolina del Norte. Prev Chronic Dis 2009 [citado 19 octubre 2009]; 6(1). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/jan/07_0215_es.htm.
26. Soto M., Failde I.. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en Internet]. 2004 Dic [citado 2011 Ene 02] ; 11(8): 53-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=es.
27. López-Carmona J, Rodríguez R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Salud pública México [revista en Internet]. 2006 Jun [citado 2011 Ene 02]; 48(3): 200-211. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000300004&lng=es.
28. Lugo A. Calidad de vida. Medicina familiar en Querétaro. 2009 [19 octubre 2009]. Disponible en <http://medicinadefamilia.wordpress.com/ejercicio-privado-de-la-medicina-familiar>
29. Mirón Canelo JA, Sardón MA, López de las Hazas AS, Sáenz González MdC. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. Rev Panam Salud Pública. 2008;24(5):336-344

30. García A. Uno de los elementos de la calidad de vida: el contrato médico. Rev. Med. Uruguay 1995; 11: 111-120
31. Palomino C. Calidad de vida en medicina: un problema por resolver. Revista de la sociedad Peruana de Medicina Interna. 2001 [citado 2 noviembre 2009]; 14(1). Disponible en <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v14n1/indice.htm>
32. Lara E, Martínez C, Pandolfi M, Penroz K, Perfetti R, Pino G. El adulto joven. Apsique 2001. [citado 7 noviembre 2009]; disponible en <http://www.apsique.com/wiki/DesaJoven>
33. González U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Revista Cubana de Salud Pública 2002; [citado 7 noviembre 2009]; 28(2).
34. Grau J. Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. Boletín Latinoamericano de psicología de la salud 1998 [citado 7 noviembre 2009]; Disponible en <mhtml:file://G:\ de vida y salud: problemas actuales en su investigación>
35. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. Revista dental de Chile 2005; 96(2): 28-35
36. Vargas L. Sobre el concepto de percepción. Alteridades 1994 (México) 1994; 4(8): 47-53
37. Gallegos K, Mudgal J, Sánchez S, Wagner FA, Gallo JJ, Salmerón J, García C. Redes sociales y calidad de vida relacionada a la salud: un estudio de base poblacional en adultos mayores. Salud Pública México 2009; 51:6-13.
38. Yanguas J. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Colección estudios. Serie personas mayores 2006 [citado 3 febrero 2010]; (11002): 107-127

39. Rafael Tuesca R, Centeno H, De la Ossa M, García N, Lobo J. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud uninorte (Colombia)* 2008; 24(1): 53-63
40. Ruíz M, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics. Spanish research articles (España)* 2005; 2(1): 31-43.
41. Velarde E, Ávila C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Méx* 2002; 44: 448-463 Disponible en <http://www.insp.mx/index.html>
42. Delgado M, Quincha M, Mendez M. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del test sf-36v2 en pacientes de la fundación de psoriasis de la ciudad de Quito. *Dermatol. peru.* [online]. sep./dic. 2003, vol.13, no.3 [citado 02 enero 2011], p.172-184. Disponible web: <http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-71752003000300003&lng=es&nrm=iso>. issn 1028-7175.
43. De la Caridad L, Mukodsi M, González J, Bisquet C. Calidad de vida relacionada con la salud. *Indexmedico journal.* 2005 [citado 2 diciembre 2009]. Disponible en http://www.indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion7/salud_vida/borges%20oquendo.htm
44. Bousoño M, González P, Pedregal J, Bobes J. Calidad de vida relacionada con la salud. *Psiquiatría* 1993; V(6): 12-17
45. Ponce R, Gómez F, Irigoyen A. Tamaño de la muestra para proporciones mayores de 10000 elementos. *Aten. Fam* 2007; 14(2): 44-53
46. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General. Seúl, Corea, Octubre 2008. 2005 [citado 2 diciembre 2009]. Disponible en http://www.cei.fmed.edu.uy/archivos/05%20-%20Declaracion_de_Helsinki_2008_ESPANOL.pdf

47. Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaria de Servicios Parlamentarios. Centro de documentación, Información y análisis. 2010. [citado 2 diciembre 2009]. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
48. Asamblea General. Quincuagésimo quinto período de sesiones. Resolución aprobada por la Asamblea General. A/55/L.2. Declaración del milenio. (2000)
49. Los objetivos de desarrollo del milenio en las Américas. Boletín epidemiológico. OPS, Vol.25, No.2(2004)

6. ANEXO 1 CUESTIONARIO DE SALUD SF 36



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CMF GUSTAVO A. MADERO

Fecha: _____

Edad: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Estado civil: Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Viudo(a) _____ Unión libre _____ Otro _____

Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____ Licenciatura _____ Otro _____

Colonia en que vive: _____

Enfermedades que padece: Diabetes mellitus _____ Hipertensión arterial _____

Otras (Cuales) _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LO QUE USTED PIENSA SOBRE SU SALUD. MARQUE UNA SOLA RESPUESTA.

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1.- Excelente
- 2.- Muy buena
- 3.- Buena
- 4.- Regular
- 5.- Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1.- Mucho mejor ahora que hace un año
- 2.- Algo mejor ahora que hace un año
- 3.- Más o menos igual que hace un año
- 4.- Algo peor ahora que hace un año
- 5.- Mucho peor ahora que hace un año

LA SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

Su salud actual:

	1. Si, me limita mucho	2. Si, me limita un poco	3. No, no me limita nada
3. ¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos y caminar más de una hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le limita para cargar o llevar la bolsa de la compra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Le limita para subir un solo piso por la escalera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Le limita para agacharse o arrodillarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Le limita para caminar un kilómetro o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

Durante las últimas 4 semanas:

- | | 1. Si | 2. No |
|--|---|---|
| 13. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costo más de lo normal), a causa de su salud física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿No hizo su trabajo o a sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Hasta que punto su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? | | |
| | 1. Nada <input type="checkbox"/> | 2. Un poco <input type="checkbox"/> |
| | 3. Regular <input type="checkbox"/> | 4. Bastante <input type="checkbox"/> |
| | 5. Mucho <input type="checkbox"/> | |
| 21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo? | | |
| | 1. No, ninguno <input type="checkbox"/> | 2. Sí, muy poco <input type="checkbox"/> |
| | 3. Sí, un poco <input type="checkbox"/> | 4. Sí, moderado <input type="checkbox"/> |
| | 5. Sí, mucho <input type="checkbox"/> | 6. Sí, muchísimo <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? | | |
| | 1. Nada <input type="checkbox"/> | 2. Un poco <input type="checkbox"/> |
| | 3. Regular <input type="checkbox"/> | 4. Bastante <input type="checkbox"/> |
| | 5. Mucho <input type="checkbox"/> | |

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y COMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

24. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

25.- Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

26. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

27. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

28. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

29. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

30. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

31. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

32. Durante las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- Muchas veces
- 4.- Algunas veces
- 5.- Sólo alguna vez
- 6.- Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que las otras personas.

- 1.- Totalmente cierta
- 2.- Bastante cierta
- 3.- No lo sé
- 4.- Bastante falsa
- 5.- Totalmente falsa

34.- Estoy tan sano como cualquiera.

- 1.- Totalmente cierta
- 2.- Bastante cierta
- 3.- No lo sé
- 4.- Bastante falsa
- 5.- Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1.- Totalmente cierta
- 2.- Bastante cierta
- 3.- No lo sé
- 4.- Bastante falsa
- 5.- Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

- 1.- Totalmente cierta
- 2.- Bastante cierta
- 3.- No lo sé
- 4.- Bastante falsa
- 5.- Totalmente falsa