

Medición de la calidad de vida relacionada con la salud, en la población adulta, adscrita al centro de salud de Colmenar de Oreja

Mariano Castro Molina

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid

mcastromo@hotmail.com

Resumen: La evaluación de la salud no puede estar limitada a los factores clínicos tradicionales, basados en variables anatómicas, biológicas y/o psicológicas. Las personas no sólo quieren vivir más, sino que se preocupan también cada vez más por la calidad de vida que poseen. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), integra aquellos aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico, mental y con el estado de bienestar. Debe valorarse tanto el estado objetivo de salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud. Para determinar y evaluar de una forma válida el impacto de la enfermedad en la vida diaria de las personas y en la sensación de bienestar, se utiliza la administración de cuestionarios de salud. Con el presente proyecto de investigación, se va a realizar un estudio observacional, descriptivo, transversal y utilizando como instrumento de medida el cuestionario de salud SF-36, administrado a través de una persona entrenada previamente, se pretende obtener el perfil de salud, en la población adulta, adscrita al centro de salud de Colmenar de Oreja y se comparará con el de la población española de referencia. El estudio se llevará a cabo mediante la determinación de una muestra representativa de la población mayor de 24 años, obtenida aleatoriamente en la población diana.

Palabras clave: Calidad de vida. Indicadores de salud.

Abstract: The evaluation of health can not be limited to traditional clinical factors, based on variables anatomical, biological and / or psychological. People not only want to live longer, but are also increasingly concerned by the quality of life they have. The quality of life related to health (HRQOL), integrates those aspects of life directly related to physical functioning, mental and with the welfare state. It should be assessed both the state health goal, functionality and interaction of the individual with his environment, as the more subjective aspects, which include the general sense of satisfaction and individual perceptions of their own health. To identify and evaluate a valid way the impact of the disease in the daily lives of people and the sense of well-being, using the administration of health questionnaires. With this research project, will conduct an observational study, descriptive, cross and used as the measuring

instrument health questionnaire SF-36, administered by a person trained in advance, is seeking the health profile, the adult population, the health center adscrita Colmenar de Oreja and will be compared with that of the Spanish population reference. The study was carried out by identifying a representative sample of the population over 24 years, obtained randomly in the target population.

INTRODUCCIÓN

Con el presente proyecto se pretende conocer la calidad de vida relacionada con la salud percibida por la población adulta, que acude al centro de salud de Colmenar de Oreja. Se trata de una población rural, situada en el sur de la Comunidad de Madrid.

La utilización del concepto de calidad de vida relacionada con la salud, es relativamente reciente, con un gran aumento de su utilización en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI⁽¹⁾. Es cada vez más frecuente su inclusión en los ensayos clínicos y en la investigación clínica. Las razones de este incremento son múltiples, pero ha sido fundamental su utilización por los servicios sanitarios como medida de resultado, en detrimento de los indicadores clínicos tradicionales. Además, poco a poco también se está introduciendo en la práctica clínica. La realización de estudios internacionales que utilizan instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud como medida del resultado sanitario, de eficacia en los ensayos clínicos, ha creado la necesidad de que las medidas sean comparables entre distintos países y, por lo tanto, se hace imprescindible el adaptar medidas desarrolladas en una cultura a otra cultura⁽²⁾.

El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, ha representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades que antes eran rápidamente mortales, pero se ha olvidado, en muchas ocasiones, una aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

Es importante distinguir entre calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud, porque la primera tiene una acepción más amplia, como por ejemplo la satisfacción con el entorno y el sistema político, que quedarían fuera del concepto de calidad de vida relacionada con la salud, que es un indicador de resultados de salud y, por lo tanto, cubre un concepto más restringido que la calidad de vida general.

Concepto de calidad de vida

Existen varias definiciones de calidad de vida, entre ellas destacan las siguientes:

La Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida de una persona como «la percepción individual de la posición en la vida, en el contexto del sistema

cultural y de valores en donde vive y en relación a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones»⁽³⁾.

Una de las definiciones más amplias que existen, es la postulada por Ware, y la define como: satisfacción con la vida, plenitud en los papeles sociales y de trabajo, sensación de ser productivo, útil o influyente, sensación de control sobre su entorno y destino (autoeficacia), autoestima, plenitud espiritual, sentido de integración social en la comunidad, sentimiento de seguridad en el presente y en el futuro y sentido de la diversión y del placer⁽⁴⁾.

Algunas definiciones consideran en la calidad de vida los aspectos que pueden estar directamente relacionados con la salud y que pueden afectar a las medidas terapéuticas. Por ejemplo, Croog y Levine incluyen en su concepto: realización de roles sociales, estado fisiológico (funcionamiento físico y síntomas), estado emocional, función cognitiva, sensación de bienestar y evaluación global de la persona de su propia salud⁽⁵⁾. Gill y Feinstein consideran dentro de la calidad de vida, la forma en que la persona percibe y reacciona frente a su estado de salud y también aquellos aspectos de la vida que pueden ser atribuidos a la enfermedad o a su terapéutica, incorporando el sistema de valores del sujeto⁽⁶⁾.

Sin embargo, en un metaanálisis realizado sobre estudios de calidad de vida, se indica que ésta y el estado de salud son diferentes conceptos que no deberían ser usados intercambiamente⁽⁷⁾.

Para Lovatt la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que experimentan las personas y que representa la suma de las sensaciones subjetivas del «sentirse bien»⁽⁸⁾.

La calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas⁽¹⁾.

Concepto de calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida de diferentes formas.

Para Guyatt la CVRS integra aquellos aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar⁽⁹⁾.

Patrick y Erickson la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida, en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud⁽¹⁰⁾.

Leplège considera que la CVRS se preocupa por aspectos de la existencia, que son afectados por la enfermedad, no considerando otras áreas de la vida⁽¹¹⁾.

Para Velarde y Jurado, la CVRS es la suma de salud física, bienestar y participación; define el efecto funcional de una enfermedad y como ésta es percibida por el propio paciente⁽¹²⁾.

Lovatt define la CVRS como el nivel de bienestar y satisfacción asociado a la vida de un individuo y cómo ésta es afectada por la enfermedad, los accidentes y los tratamientos, desde el punto de vista del paciente⁽⁸⁾.

Para Naughton y Schumaker es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo⁽¹³⁾.

Los estudios de calidad de vida relacionados con la salud se han aplicado en las siguientes áreas: economía sanitaria, investigación clínica y evaluación de las prácticas clínicas⁽¹⁴⁾.

La novedad que aporta este concepto en las ciencias de la salud consiste en incorporar la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida, fiable y aporte evidencia empírica con base científica, al proceso de toma de decisiones en salud⁽¹⁵⁾.

La aplicación, a veces indiscriminada de nuevas tecnologías, con capacidad de prolongar la vida a cualquier precio, la complicada decisión de cantidad frente a calidad de la vida, y el dilema ético de la distribución de los recursos económicos en salud, ponen de relieve la necesidad de conocer las opiniones de los pacientes.

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento de las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de las personas, serán los que más influyan a la hora de que éstas evalúen su calidad de vida.

La medida de la CVRS y del estado de salud percibida, desde el punto de vista de la investigación en salud pública, tiene como objetivos describir la salud de la población y establecer comparaciones entre subgrupos con determinadas características (sociodemográficas, regionales, etc.), además de evaluar el efecto sobre la salud de las intervenciones sanitarias. En la práctica clínica el estudio de la CVRS facilita el conocimiento del estado de salud y puede identificar niveles de morbilidad, valorar el impacto sobre la salud de los tratamientos y facilitar la toma de decisiones clínicas⁽¹⁶⁾.

Importancia de la calidad de vida relacionada con la salud

Su importancia radica fundamentalmente en los siguientes aspectos:

La toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costes, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente. En este contexto, la incorporación de la medida de la CVRS como un indicador necesario, ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones⁽¹⁷⁾.

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, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS del paciente y plantear intervenciones psicosociales, que promuevan el mayor bienestar posible.

Los métodos actuales de evaluación de CVRS se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación⁽¹⁸⁾.

- La investigación de la felicidad, proveniente de la tradición psicológica, definida en 1953⁽¹⁹⁾ como un concepto psicológico posible de ser investigado. La primera investigación en los EE.UU. en 1960⁽²⁰⁾ mostró que la “felicidad y el bienestar” no podían reducirse solamente al grado de humor positivo experimentado.
- La investigación en indicadores sociales, proveniente de las ciencias sociales, que se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar.
- En el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud fue pionera en el futuro desarrollo de la CVRS, al definir la salud, como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”⁽²¹⁾.

Instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud

A comienzos de los años 80, se desarrolla el concepto de perfiles de salud, desarrollándose estudios como el Perfil de Impacto de la Enfermedad⁽²²⁾; Perfil de Salud de Nottingham⁽²³⁾ y SF-36⁽²⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud crea en 1991 un grupo multicultural de expertos, que avanza en la definición de la CVRS y en algunos consensos básicos, que permiten ir dando a este complejo campo alguna unidad.

Los instrumentos de medida de CVRS se clasifican de dos maneras:

- Según el campo de estudio que abarcan, es decir, si el objetivo de ese estudio considera ámbitos más o menos amplios. Se distingue entre instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Los instrumentos de medida de CVRS genéricos, no están relacionados con ningún tipo de enfermedad o especialidad en particular. Son aplicables tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes, suelen incluir un amplio espectro de dimensiones de la CVRS⁽²⁵⁾.
- Según su forma de administración. Se pueden usar de diversas formas: la administración a través de un entrevistador; test o cuestionarios autoadministrados; cuestionarios que se completan bajo supervisión; entrevista telefónica; test mediante ordenador⁽²⁵⁾.

En España uno de los cuestionarios de salud más utilizados para medir la CVRS es el SF-36 que ha sido adaptado para España por Alonso y cols.^(26,27) de SF-36 Health Survey^(28,29). El cuestionario SF-36 fue diseñado originalmente a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study). 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc Enferm. 2003 dic 9; 2:9-21.
2. Badia X. Sobre la adaptación transcultural de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud para su uso en España. Med Clin (Barc). 1995; 105:56-8.
3. Bonomi A, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol. 2000; 53:1-12.
4. Ware JE. Scales for measuring general health perceptions. Health Serv Re. 1976;11:396-415.
5. Croog SH, Levine S. Quality of life and health care interventions. New Jersey: Prentice Hall; 1989.
6. Gill TM, Feinstein AR. A Critical appraisal of the quality of life measurements. JAMA. 1994;272:619-26.

7. Smith KW, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Qual Life Res.* 1999;8:447-59.
8. Lovatt B. An overview of quality of life assessments and outcome measures. *BJM Econ.* 1992; 4:1-17.
9. Guyatt GH, Cook DJ. Health status, quality of life, and the individual. *JAMA.* 1994; 272: 630-1.
10. Patrick D, Erickson P. Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press; 1993.
11. Leplège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA.* 1997;278:47-50.
12. Velarde E , Jurado M. Evaluación de la calidad de Vida. *Sal Pub Mex.* 2002; 44:349-61.
13. Naughton MJ, Shumaker SA, Anderson RT, Czajkowski SM . Psychological aspects of health-related quality of life measurement: Tests and scales.In: Spilker B. *Quality of Life and Pharmaco economics in Clinical Trials.* New York: Lippincott-Raven; 1996 p. 117- 131.
14. Kaplan G, Camacho T. Perceived health and mortality: a nineyear follow-up of a human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol.* 1983;117:292-304.
15. Testa M.. Current concepts: assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med,* 1996; 334: 835-40.
16. Rajmil L. Calidad de vida relacionada con la salud en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit.* 2001;15 (Supl 4):S34-43.
17. Guyatt G H, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med.* 1993; 118 : 622-9.
18. Angermeyer MC, Killian R. Modelos teóricos de calidad de vida en trastornos mentales. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. *Calidad de vida en los trastornos mentales.* Barcelona: Masson; 2000. p.19-29.
19. Jones HM. *The pursuit of happiness.* Cambridge: Harvard University Press;1953.
20. Gurin G, Veroff S, Field S. *Americans view their mental health.* New York: :Basic Books;1960.

21. Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization. Handbook of basic documents 5th ed. Geneva: Palais des Nations ;1952. p. 3-20.
22. Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gibson BS. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. Med Care. 1981;19:787-805.
23. Hunt S, Mc Ewen J, Mc Kenna SP. Measuring health status. London: Croom Helm; 1986.
24. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care. 1993; 31: 247-63.
25. Jones M, Peñas P. Calidad de Vida (I) Generalidades. Act Dermosifilog. 2002; 93(7):421-31.
26. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J M, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005; 19:135-150.
27. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin. 1995; 104: 771-6.
28. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care. 1993; 31: 247-63.
29. McHorney CA, Ware JE, Lu R, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) III. Tests of data quality scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. Med Care. 1994; 32: 40-66.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

La calidad de vida en relación con la salud, percibida por la población adulta, adscrita al centro de salud de Colmenar de Oreja, está por encima de la media poblacional de referencia.

Objetivos

- **Objetivo general**

Conocer el perfil del estado de salud de la población adulta, adscrita al centro de salud de Colmenar de Oreja.

- **Objetivos específicos**

- Medir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta, adscrita al centro de salud de Colmenar de Oreja.
- Comparar los valores obtenidos en la población estudiada, con los correspondientes a la población española de referencia.
- Identificar si existe relación entre el valor de calidad de vida encontrado y las variables de tipo sociodemográficas estudiadas.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Tipo de investigación

Se trata de un estudio de investigación observacional, descriptivo y transversal.

Población diana

Está constituida por la población mayor de 24 años, residente en Colmenar de Oreja y que está adscrita al centro de salud, siendo de 5479 personas.

Métodos de muestreo

La muestra se obtendrá mediante un muestreo aleatorio de la población diana.

Estimación del tamaño muestral

Estimación del tamaño muestral: Para su determinación se utilizará el programa informático GRANMO versión 5.2. Se realizará la estimación de una media, con los siguientes datos: nivel de significación 0,05; población 5479 personas; estimación de la desviación estándar 22; precisión deseada 2; pérdida de pacientes 0. Aceptando un riesgo alfa de 0.05 para una precisión de +/- 2 unidades, en un contraste bilateral, para una desviación estándar estimada de 22, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 429 sujetos, asumiendo que la población es de 5479 personas. Se ha estimado una tasa de reposición del 0.

Variables de estudio

- Variables sociodemográficas: edad, género, estado civil (soltero, casado, separado/divorciado, viudo), nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, bachillerato, universitarios), situación laboral (activo, paro, inactivo, pensionista), clase social (profesionales, ocupaciones intermedias, trabajadores no manuales cualificados, trabajadores manuales cualificados, los demás trabajadores manuales).
- Variables de calidad de vida percibida: Se estudian 8 dimensiones. Función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general⁽¹⁾.

Métodos de recogida de la información (instrumento de medida)

La recogida de la información, se realizará mediante un cuestionario administrado por un entrevistador cualificado y previamente entrenado, a través de una entrevista personal. Estará conformado por el Cuestionario de Salud SF-36 versión 2⁽¹⁾ y por cuestiones que recojan información sobre las variables de edad, género, estado civil, estudios cursados, situación laboral y clase social.

Consta de 36 preguntas, que detectan tanto estados positivos como negativos de salud física y del estado emocional, que conforman 8 dimensiones.

1. **Función física**, con 10 preguntas con las que se valora el grado en el que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
2. **Función social**, consta de 2 preguntas y se valora el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
3. **Rol físico**, se valora con 4 preguntas y mide el grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.
4. **Rol emocional**, se valora con 3 cuestiones y mide el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, rendimiento menor que el deseado y disminución del esmero en el trabajo.
5. **Salud mental**, a través de 5 preguntas valora la salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general.

6. **Vitalidad**, consta de 4 preguntas y valora el sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
7. **Dolor corporal**, se valora con 2 preguntas y nos indica la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
8. **Salud general**, consta de 6 preguntas y en esta función se realiza una valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo de la pregunta. Para cada dimensión del SF-36, se calcula la puntuación media presentando un recorrido desde 0 (el peor estado de salud) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Métodos estadísticos

Para el análisis estadístico se utilizará el programa estadístico SPSS, versión 15.0. Se determinará la estadística descriptiva, así como la inferencial. Así, se calcularán la media, desviación estándar, mediana, rango y rango intercuartílico de las puntuaciones, la proporción de individuos con la puntuación máxima ("efecto techo") y la proporción de individuos con la puntuación mínima ("efecto suelo") para cada dimensión. Para la comparación de las medias de las puntuaciones de los hombres y las mujeres en cada grupo de edad, se utilizará la t de Student.

Plan de trabajo

En el plan de trabajo se distinguen tres etapas:

- **Preparatoria**. Comprendida por:

La realización de la revisión bibliográfica en las principales bases de datos

- Nacionales: Cuiden, Ime, Documed, Scielo España, Biblioteca Cochrane Plus.
- Internacionales: Cinahl, Pubmed, Excerpta medica y base de datos Embase, Bireme, Social Science Citation Index y Science Citation Index.

La búsqueda sistemática se realizará con las siguientes palabras clave: Health-related quality of life, self-perceived health, health outcomes, health survey SF-36.

Elección y conformación del instrumento de medida (cuestionario); petición de la autorización para su uso, a los autores de la versión española del cuestionario de salud SF-36. Formación de las 4 personas que van a aplicar el

cuestionario; realización de la prueba piloto; determinación de fechas y sitios donde aplicar el instrumento.

Normas éticas: a cada participante se le explicará el proyecto y la encuesta detalladamente. La inclusión de los participantes en el estudio se realizará previo consentimiento. Se garantizará el anonimato de los participantes y se les informará del fin científico.

- **Recogida de la información:** aplicación del cuestionario.
- **Elaboración del informe:** volcado informático del cuestionario; tratamiento y explotación de datos; obtención de resultados⁽²⁾; discusión y redacción final del trabajo de investigación.

Cronograma

ACTIVIDAD	TIEMPO A DEDICAR
Revisión bibliográfica	9 semanas
Elección y conformación del instrumento de medida	1 mes
Formación de las personas que van a aplicar el cuestionario	15 días
Realización de la prueba piloto	5 días
Evaluación de la prueba piloto	15 días
Correcciones (si fuera preciso)	15 días
Determinación de fechas y lugar donde aplicar el instrumento	15 días
Recogida de la información	6 semanas
Volcado informático del cuestionario	7 semanas
Tratamiento y explotación de datos	1 mes
Obtención de resultados	1 mes
Discusión	1 mes
Redacción final del trabajo de investigación	10 semanas

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health- Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin. 1995; 104:771-6.
2. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, Fuente L. de la. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de salud SF-36. Med Clin. 1998; 111: 410-6.

Recibido: 21 octubre 2009.

Aceptado: 1 enero 2010.