

## **Estudio de calidad de vida en pacientes con enfermedad hematológica sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos**

**M<sup>a</sup> del Carmen Prieto Casarrubios**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid  
[cprieto.hdoc@salud.madrid.org](mailto:cprieto.hdoc@salud.madrid.org)

**Tutora**  
**Amelia Mendoza Edroso**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid  
[amendoza.hdoc@salud.madrid.org](mailto:amendoza.hdoc@salud.madrid.org)

**Resumen:** El trasplante de médula se ha convertido en un proceso terapéutico habitual que se emplea en la actualidad para controlar e incluso erradicar procesos tumorales oncohematológicos. En estos momentos existe un interés generalizado por evaluar la eficacia de esta terapéutica considerando dos componentes fundamentales: la rehabilitación física y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La mayoría de los autores coinciden en que este último es un concepto subjetivo y multidimensional. La calidad de vida del paciente oncológico y su valoración constituye un área de intervención relativamente nueva pero de gran importancia, la calidad de vida se ve afectada por la pérdida de salud, que trae como consecuencia déficit en el funcionamiento físico, en el sentirse bien y en las relaciones sociales. El número creciente de pacientes supervivientes a largo plazo sometidos a trasplante ha creado la necesidad de identificar los factores que juegan un papel importante para la reintegración a sus vidas cotidianas. Esta nueva perspectiva de los cuidados de salud exige a los profesionales sanitarios participar en la estrategia general de aumentar la calidad de vida de los pacientes desde una aproximación holística y cooperativa.

**Palabras clave:** Enfermería. Trasplante médula ósea. Calidad de vida. Calidad de vida relacionada con la salud.

**Abstract:** The use of high dose therapy followed by haematopoietic stem cell transplantation is a therapeutic option widely used nowadays to control and even eradicate a number of neoplastic disorders of the haematopoietic system. So far, there is an increasing interest in evaluate the efficacy of this procedure, but there are two major aspects that must be taken into account: The physical recovery after the transplant and the health related quality of life (HRQL). There is a consensus regarding the multidimensional and subjective-in-nature of this last concept. The quality of life of

oncology patients and its measurement are areas of great importance and active intervention in the last years. The quality of life may be affected a number of circumstances, but the disease itself and the therapy given are the most determinant, and their consequences include from reduced functional behavior to and impact in the sense of welfare and social relationship. There are a growing number of long term survivors after haematopoietic stem cell transplantation and consequently there is a need to identify predictive factors which may play a role in the full recovery after transplantation. This might be considered a new deal for health care professionals, to promote and actively participate in strategies directed to improve the quality of life of transplanted patients as whole human beings

**Keywords:** Nursing. Haematopoietic stem cell transplantation. Quality of life. Health related quality of life

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la existencia de una proliferación anormal de células. Lo que confiere la característica de malignidad a esta proliferación celular es su capacidad para invadir órganos y tejidos y diseminarse a distancia. Esta patología constituye un grupo de graves enfermedades que afectan a un número importante de personas cada año.

Según los datos facilitados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2002, se diagnosticaron en el mundo 10.900.000 y se calcula que para el año 2020 el número de nuevos casos aumentará a 16.000.000<sup>(1)</sup>. En el informe presentado por el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre “La situación del cáncer en España”, el cáncer es una de las enfermedades más frecuentes en España y en el resto de países de la Unión Europea. En nuestro país se diagnostican 162.000 nuevos casos cada año, supone la primera causa de mortalidad en los hombres y la segunda causa en las mujeres<sup>(2)</sup>.

En cuanto al éxito de las terapias el estudio Eurocare “Supervivencia por cáncer en Europa a finales del siglo XX”<sup>(3)</sup>, mostraba que España ocupa el cuarto puesto en Europa (detrás de Francia, Austria y Suecia) situándose en casi todos los tumores por encima de la media europea; más de la mitad de los pacientes diagnosticados de cáncer sobrevivirá a la enfermedad a los 5 años. Es por ello que aunque la supervivencia del cáncer ha mejorado significativamente en los últimos 20 años en nuestro país, las enfermedades oncológicas siguen siendo un problema prioritario de salud pública<sup>(2)</sup>.

De todas las enfermedades tumorales, los cánceres hematológicos configuran un grupo de procesos malignos que cursan con una proliferación incontrolada de células hematopoyéticas de una determinada estirpe. En la actualidad existen gran cantidad

de procesos terapéuticos que conducen al control de la enfermedad e incluso a su erradicación. Uno de los que más impacto puede tener en este sentido es el trasplante de médula, que suele ir acompañado de un amplio cortejo de efectos secundarios o componentes indeseables.

El Trasplante de Médula Ósea (TMO) o trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH), es un proceso terapéutico empleado en el tratamiento de determinadas enfermedades oncológicas y oncohematológicas, que responden a la administración de altas dosis de quimioterapia con o sin radioterapia con el objetivo de prolongar la remisión completa o curar la enfermedad<sup>(4)</sup>.

El TPH es un procedimiento complejo no exento de complicaciones potencialmente graves que está asociado a una gran morbimortalidad debido a la prolongada hospitalización y al largo periodo de recuperación como consecuencia del tratamiento de acondicionamiento<sup>(5)</sup>. Consiste en infundir por vía intravenosa, a través de un catéter venoso central, las células hematopoyéticas recogidas en la extracción tras la administración de altas dosis de quimioterapia y /o radioterapia. En esencia el TPH favorece la recuperación de la hematopoyesis y actúa de “rescate” de la toxicidad de los tratamientos o regímenes de acondicionamiento.

Existen tres tipos de trasplantes de células progenitoras:

- TPH Autólogo: el donante es el propio paciente.
- TPH Alogénico: el donante posee el antígeno leucocitario humano (HLA, acrónimo en inglés de Human leukocyte antigen) compatible.
- TPH singénico: el donante es gemelo univitelino.

La elección de un tipo u otro de trasplante viene determinada por el proceso tumoral y la disponibilidad o no de donante compatible.

En los últimos tiempos los trasplantes de médula han aumentado en número y han mejorado los resultados convirtiéndose en una práctica médica habitual. Los datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) revelan que en el año 2006 se realizaron en España 1974 TPH, de los que el 66% fueron autólogos y el 34% fueron trasplantes alogénicos<sup>(6)</sup>.

El efecto del cáncer y de sus tratamientos va mas allá de los costes económicos que suponen para el paciente y sus familiares. En estos momentos existe un interés generalizado por evaluar la eficacia de esta terapéutica considerando dos componentes fundamentales: la rehabilitación física y la calidad de vida relacionada con la salud. En general se conocen las variables que favorecen y las que comprometen el resultado del trasplante, sin embargo, no ocurre lo mismo respecto a la calidad de vida (CV) que perciben las personas trasplantadas<sup>(7)</sup>.

El término de calidad de vida tiene sus orígenes en la Segunda Guerra Mundial y se utilizó para referirse al buen vivir<sup>(8)</sup>. Su asociación a los cuidados de salud se inicia hacia la mitad de la década de los setenta<sup>(9)</sup> cuando la atención sanitaria, influida por los cambios sociales, va abandonando también el culto a la cantidad y orienta el interés hacia la calidad de vida humana.

El término CV se utilizó inicialmente para evaluar las condiciones de vida de la población general, siendo esta idea diferente de lo que se ha dado en definir como calidad de vida relacionada con la salud. Desde su primera definición hecha por la OMS en 1947<sup>(10)</sup> en la que se describía como “Un estado de bienestar físico, mental y social”, diversos autores<sup>(11,12)</sup>, describen nuevos aspectos que hasta entonces no se habían tenido en cuenta sobre la CV. Torrance<sup>(13)</sup> dice que es un concepto multidimensional que incluye todos aquellos factores que impactan sobre la vida del individuo. Holmes<sup>(14)</sup> manifiesta que es un concepto dinámico, abstracto y complejo que representa las respuestas individuales a factores físicos, mentales y sociales que contribuyen a una vida diaria satisfactoria.

Si se parte de estos conceptos, de que la calidad de vida de una persona está condicionada por múltiples factores como la educación, la vivienda, la salud, el trabajo, el clima, la política, las creencias que le permiten o no lograr unos objetivos y desarrollarse adecuadamente según valores importantes para el individuo, la concepción de calidad de vida tiene que ver más con lo que siente y piensa el individuo que con medidas más objetivas, que son las que se tiende a medir habitualmente.

Con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) no existe acuerdo acerca de la definición, aunque la mayoría de los autores coincide en que es un concepto subjetivo y multidimensional<sup>(15)</sup>. Para Naughton y Schumaker<sup>(16)</sup> es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo, por lo tanto, se considera que la salud no implica solo la ausencia de enfermedad, sino que también se asocia a otros factores<sup>(15)</sup>.

El estado salud enfermedad se concibe a partir de la percepción subjetiva del individuo, que se encuentra inmerso en un sistema de valores, creencias y costumbres, desde donde se proyectan de forma particular los objetivos, las expectativas y las preocupaciones<sup>(17)</sup>.

La calidad de vida del paciente oncológico y su valoración constituyen un área de intervención relativamente nueva pero de gran importancia.

Cada paciente es único y valora su calidad de vida en función de sus experiencias pasadas, de sus aspiraciones y de su filosofía de vida<sup>(18)</sup>. La calidad de vida se ve afectada por la pérdida de salud, que trae como consecuencias déficit en el funcionamiento físico, en el sentirse bien y en las relaciones sociales, consecuencias que con frecuencia se acompañan de sufrimiento físico, emocional y espiritual<sup>(19)</sup>. El

número creciente de supervivientes a largo plazo de trasplantados de médula ha creado la necesidad de identificar los factores que juegan un papel importante en los supervivientes para la reintegración a sus vidas cotidianas<sup>(20)</sup>. Tras realizar una búsqueda bibliográfica en PubMed utilizando como palabras clave: enfermería, trasplante de médula ósea, calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud., se encontró un artículo de Hjermsstad y Kaasa<sup>(21)</sup> donde revisan estudios de calidad de vida en trasplante de médula ósea y observan que la valoración de la calidad de vida es un área en progreso y que la identificación de factores predictivos de una calidad de vida postrasplante pobre podría ser una base para el establecimiento de programas de apoyo. Otros artículos relacionados con este tema hacen referencia a cómo afecta a la calidad de vida de los pacientes sometidos a TPH los efectos adversos a largo plazo fundamentalmente enfermedad injerto contra huésped e infecciones<sup>(22)</sup>.

La nueva perspectiva de los cuidados de salud centrada en el paciente y no solo en la enfermedad, exige a los profesionales sanitarios, y preferentemente a los de enfermería, investigar y participar en la estrategia general de aumentar la calidad de vida de los pacientes desde una aproximación holística y cooperativa. Es por ello, que la identificación de los factores predictivos de un mal pronóstico post-tmo en relación a la calidad de vida nos podría permitir desarrollar planes de intervención enfermera con el fin de disminuir el impacto negativo en el proceso de recuperación del paciente sometido a trasplante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el cáncer en el mundo: pronóstico año 2020 (acceso 02/04/2008). Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html>
2. López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez B, Hernández V, Berta S, et al. Plan Integral del Cáncer: Situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
3. Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A, Estève J, Sant M, Storm H, et al. EUROCORE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann Oncol.* 14: v128-v149.
4. Grañena A. Trasplante de médula: indicaciones, metodología y resultados. *Med Clin (Barc).* 1993; 100(2):66-73.
5. Lee SJ, Fairclough D, Parsons SK, Soiffer RJ, Fisher DS, Schlossman RL, et al. Recovery After Stem- Cell Transplantation for Hematologic Diseases. *J Clin Oncol.* 2001; 19(1):242-252.

6. Organización Nacional de Transplante (sede Web). O.N.T 2006. Estadísticas Memoria Transplante de progenitores Hematopoyéticos (acceso 14/04/2008). Disponible en: [www.ont.es](http://www.ont.es)
7. Solis M. Enfermería en trasplantes. Madrid: DAE; 2005. (Serie cuidados avanzados).
8. Campbell A. The sense of well-being in America. Nueva York: Mc Graw-Hill; 1981.
9. Spitzer WO. State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. J Chronic Dis. 1987; 40:465-471.
10. World Health Organization. Constitution of the world health organization. Geneva: WHO; 2948, (Basics Documents).
11. Viney LL, Westbrook MT. Measuring patients experiences quality of life: the application of content analysis scales in health care. Community Health Stud. 1981; 5:45-52.
12. Spitzer WO. State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. J. Chronic Dis. 1987; 40:465-471.
13. Torrance GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. J Chronic Dis. 1987; 40:593-600.
14. Holmes C. Health care and the quality of life: a review. J Adv Nurs. 1989; 14: 833-839.
15. Bullinge M. Quality of life-definition, conceptualization and implications: a methodologists view. Theor Surg. 1991;6:143-8.
16. 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.
17. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995; 41 (10):1403-9.
18. Cella D. Métodos de evaluación de Calidad de vida en psico-oncología . En:Die-Trill M., Psicooncología. 2002.
19. Osoba D. Effects of cancer in quality of life. CRC Press. 1991.

20. Wong FL, Liuton F, Forman S, Gonzales M, Sabado M, Hanby C, et al. Chronic graft vs. host disease (cGVHD) hinders long-term functional recovery after hematopoietic cell transplantation. Rev Blood. 2007.
21. Hjermland MJ, Kaasa S. Quality of life in adult cancer patients treated with bone marrow transplantation: a review of the literature. Eur J Cancer. 1995; 2:163-173.
22. Frick E, Ramm G, Bumeder I, Schulz-Kindermann F, Tyroller M, Fischer N, et al. Social support and quality of life of patients prior to stem cell or bone marrow transplantation. Br J Health Psychol. 2006; 11:451-462.

## HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Sobre la base del marco teórico presentado y teniendo en cuenta la relevancia que tiene la calidad de vida de los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos nos planteamos:

### Hipótesis de la investigación

- **Hipótesis nula.** La calidad de vida de los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos no se ve afectada por el trasplante y otros factores.
- **Hipótesis alternativa.** La calidad de vida de los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos se ve afectada por el trasplante y otros factores.

### Objetivos

- **Objetivo principal**

Analizar la calidad de vida del paciente sometido a trasplante de progenitores hematopoyéticos.

- **Objetivos secundarios**

Determinar si la calidad de vida está relacionada con:

- ✓ Estado de la enfermedad.
- ✓ Trasplante autólogo.
- ✓ Trasplante alogénico.
- ✓ Edad.

- ✓ Sexo.
- ✓ Estado civil.
- ✓ Situación laboral.
- ✓ Nivel educativo.

## **METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO**

### **Diseño**

Se llevará a cabo un estudio observacional descriptivo longitudinal.

### **Ámbito de estudio y muestra**

El estudio se realizará en la Unidad de Trasplante de Medula, del Servicio de Hematología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. El trabajo de campo de este estudio se llevará a cabo 1 mes antes del trasplante y a los 6 meses después de realizarlo, en el periodo comprendido entre los meses de Septiembre de 2008 hasta Septiembre de 2009 inclusive. Se estudiarán todos los pacientes que sean trasplantados en ese periodo. Se calcula que serán aproximadamente 50- 55 pacientes según las revisiones realizadas sobre el número de trasplantes anuales realizados en la unidad<sup>(6)</sup>. Se estima que no es preciso llevar a cabo un diseño muestral, dado que el universo es abarcable y que no interesa perder ninguna unidad de análisis que pudiera aportar algún criterio diferente.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.
- Pacientes con enfermedad hematológica que vayan a ser sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y que otorguen su consentimiento.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes que en el momento de la realización del estudio presenten cualquier impedimento físico y/o psíquico grave que impida la cumplimentación del cuestionario auto administrado.
- Pacientes sometidos a un segundo trasplante.
- Pacientes sometidos a trasplante singénico.



### **Instrumento para la recogida de los datos y variables significativas**

Como instrumento de medida se utilizará el cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 (Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer) modificado y adaptado a las características del estudio. Adicionalmente se obtendrán también información sobre variables demográficas y variables relacionadas con el estado de la enfermedad y tipo de trasplante; estas últimas se obtendrán de la Historia Clínica del paciente.

- Cuestionario de Calidad de Vida. Se utilizará el cuestionario auto administrado de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30. Está formado por 30 ítems que reflejan la dimensionalidad múltiple de la calidad de vida, lleva incorporadas 5 subescalas funcionales: funcionamiento físico, rol emocional, social, cognitivo y laboral, tres escalas de síntomas: fatiga, dolor y náuseas/vómitos, una escala global de salud/calidad de vida que comprende 2 ítems, uno se refiere a la salud general y el otro a la percepción de la calidad de vida general (ítem 30) y un número de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) y el impacto financiero derivado de la enfermedad y tratamiento.
- La forma de medirlo es con categorías de respuesta ordinal estandarizada tipo Likert de 1 a 4 puntos, excepto en la escala global que tiene de 1 a 7. Todas las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 a 100.
- Variable relacionada con el estado de la enfermedad: Remisión, Progresión, Recidiva/transformación (Asociación Española de Hematología y Hemoterapia)
- Variable relacionada con el tipo de trasplante: Alogénico o Autólogo.
- Variables demográficas: Edad, sexo, estado civil, situación laboral y nivel educativo. Se operacionalizarán siguiendo los formularios propuestos por la Sociedad Española de Epidemiología.

En el trabajo de investigación se contará con la colaboración de dos enfermeras que serán las encargadas de la entrega y recogida de los cuestionarios.

Los cuestionarios serán entregados en sobre cerrado a los pacientes, personalmente se les dará la explicación del estudio que se pretende realizar, dentro del sobre se incluirá además de la explicación del estudio dada verbalmente una carta de presentación.

La entrega de los cuestionarios se realizará en consulta un mes antes de realizarse el trasplante. El mismo cuestionario será entregado también en consulta seis meses después de haberse realizado el trasplante.

Los cuestionarios serán recogidos en mano de la misma forma una semana después de ser entregados.

### **Fiabilidad y validez**

El cuestionario EORTC-QLQ30 ha sido validado para su uso en España por el servicio de Oncología del Hospital Universitario de Navarra. Se midió tanto la consistencia interna como la fiabilidad test/retest con un Alfa de Cronbach de 0,52-0,89 y Test/retest de 0,70-0,85 respectivamente.

Con respecto a la validez en este cuestionario se midió la validez de constructo y la de criterio.

### **Aspectos éticos**

Este estudio se llevará a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (revisión de Hong-Kong, Septiembre de 1989) y siguiendo las recomendaciones de Buena Práctica Clínica de la CEE (documento 111/3976/88 de julio 1990) y la normativa legal vigente española que regula la investigación clínica en humanos (Real Decreto 561/1993). El estudio se someterá a la valoración y aprobación del Comité de Ética del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Se pedirá conformidad previa por escrito a los pacientes que participen en el estudio.

Con respecto a la confidencialidad de los datos, la recogida de datos así como los documentos generados durante el estudio, serán protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación. La información generada es estrictamente confidencial. A título informativo se les suministrará la información obtenida de manera individual a cada interesado.

### **Tratamiento estadístico de los datos**

Para el tratamiento de los datos se empleará el paquete estadístico SPSS versión 14.0.

- Se utilizarán medidas de tendencia central (media y mediana) y sus correspondientes medidas de dispersión (desviación estándar).
- Los test utilizados para el contraste de hipótesis serán no paramétricos dado que el tamaño muestral a estudiar no permite asumir la distribución normal de las variables.
- Para la comparación de variables cualitativas dicotómicas o de más de dos categorías se empleará el Test de Fisher o el Chi cuadrado de Pearson.

- Para la comparación de medias de variables cuantitativas continuas se empleará el test de Kruskal-Wallis: el resultado del cuestionario se considerará una variable continua.
- Para la comparación de variables cuantitativas no paramétricas se empleará el test de Wilcoxon.
- Se utilizará el valor  $p < 0.05$  como valor de significación para contraste bilateral de la hipótesis.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores; 1995.
2. Asociación Española de Hematología y Hemoterapia. Guía de recomendaciones para el diagnóstico genético y seguimiento de las neoplasias hematológicas. Madrid: AEHH; 2004. (acceso 3/04/2008). Disponible en: [http://www.aehh.org/images/stories/info\\_institucional/documentos-ehh/documentos/2004112131\\_Recomendaciones\\_2004.xls](http://www.aehh.org/images/stories/info_institucional/documentos-ehh/documentos/2004112131_Recomendaciones_2004.xls)
3. Arraras JI, Arias F, Tejedor M, Pruja E, Marcos M, Martínez E, et al. The EORTC QLQC30 (version 3.0) quality of life questionnaire. Validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psychooncology*. 2002 11: 249-56.
4. Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2006.
5. Martín Andrés A, Luna del Castillo JD. Bioestadística para las ciencias de la salud. Madrid: Norma-Capitel; 2004.
6. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en Ciencias de la salud: Principios y métodos. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2000.
7. Santos FX. Metodología básica de investigación en Enfermería. Madrid: Díaz de Santos; 2004.
8. Silva LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2000.

### ANEXO I

EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones “acertadas” o “desacertadas”. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor ponga sus iniciales:

\_\_\_\_\_

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

\_\_\_\_\_

Fecha de hoy (día, mes, año):

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tienen alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una muleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4
Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parara para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido nauseas?	1	2	3	4

Durante la semana pasada :	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable? deprimido/a?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

29. ¿Cómo valoraría su **salud** general durante la semana pasada?
- |        |   |   |   |   |   |           |
|--------|---|---|---|---|---|-----------|
| 1      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7         |
| Pésima |   |   |   |   |   | Excelente |
30. ¿Cómo valoraría su **calidad de vida** en general durante la semana pasada?
- |        |   |   |   |   |   |           |
|--------|---|---|---|---|---|-----------|
| 1      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7         |
| Pésima |   |   |   |   |   | Excelente |

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en la opción que mejor se aplique a usted

31. Sexo:

- Mujer
- Varón

32. Estado Civil

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Separado/a
- Otro (especificar) \_\_\_\_\_

33. ¿Cuál es la situación laboral que tiene usted en la actualidad? (marque en cada columna según proceda) Marque una sola opción

- Trabajador/ a activo/ a
- Parado/ a
- Jubilado/ a por edad
- Invalidez o jubilado por enfermedad
- Ama de casa
- Estudiante

34. ¿Cuál de los siguientes estudios ha completado? (Marque una sola opción)

- Estudios universitarios superiores
- Estudios universitarios medios
- Estudios de Bachiller superior, BUP, FP. o similar
- Estudios de Graduado escolar, EGB hasta 8º, bachiller elemental o similar
- Estudios primarios o EGB hasta 5º
- Estudios primarios incompletos
- Sin estudios, pero sabe leer y escribir
- No sabe leer ni escribir

Muchas gracias por su colaboración

Recibido: 19 abril 2010.

Aceptado: 4 septiembrel 2011.