

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Título del Trabajo Fin de Grado.

RECOPIACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD

AUTOR.

JORDI LAGUIA CANDELARIA

Nº expediente: 582

TUTOR.

BEATRIZ BONETE

LÓPEZ

Departamento y Área

PSICOLOGÍA GENERAL

Curso académico 2015- 2016

Convocatoria de MAYO



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
METODOLOGIA	8
RESULTADOS	9
Escala GENCAT	10
Evaluación de Calidad de Vida en personas mayores: Escala FUMAT	11
Escala SAN MARTÍN	12
Cuestionarios SF	13
Perfil de Calidad de Vida en enfermos crónicos (PECVEC)	14
PERFIL DE CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD	15
Perfil de Salud de NOTTINGHAM	15
World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument	16
Viñetas o láminas COOP/WONCA	17
Cuestionario breve de Calidad de Vida CUBRECAVI	18
The European Quality of Life Scale / Cuestionario EUROQOL-5D	18
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	19
ANEXOS:.....	20
<i>Figura 1. Cronología de la evolución del término Calidad de Vida.....</i>	20
<i>Tabla 1: Metodología.....</i>	21
<i>Tabla 2: Listado de escalas de Calidad de Vida.....</i>	22
<i>Tabla 3: Desarrollo de las escalas de Calidad de Vida más relevantes en el estudio.....</i>	23
BIBLIOGRAFÍA.....	27

RESUMEN:

En la presente revisión bibliográfica repasamos la evolución del término Calidad de Vida a lo largo de la historia moderna, desde sus inicios a principios de los años 30 antes de la Segunda Guerra Mundial, hasta la definición propuesta por la OMS ya en 2002. Los distintos factores y dimensiones que forman parte de la Calidad de Vida, pueden medirse a través de las distintas escalas de evaluación.

OBJETIVOS:

En este trabajo pretendemos mejorar la accesibilidad de los distintos profesionales de la salud hacia este campo de la evaluación terapéutica relacionada con la Calidad de Vida, gracias a la recopilación de escalas de evaluación de Calidad de Vida relacionada con la salud en adultos.

METODOLOGÍA

La búsqueda se realizó desde Enero hasta Abril del 2016, utilizando distintas bases de datos y plataformas desde las que recogimos un total de 15 documentos, en los que nos basamos al desarrollar esta revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Seleccionamos un total de 34 escalas de Calidad de Vida, de los cuales desarrollamos 11 que o han sido creados en España o se han adaptado posteriormente teniendo en cuenta los factores correspondientes a la Calidad de Vida relacionada con la salud que en nuestro país se promulgan.

CONCLUSIONES

Debemos seguir investigando en este campo al que, desde mi punto de vista, la Terapia Ocupacional puede aportar mucho.

ABSTRACT:

In this literature review we review the evolution of the term “Quality of life” along the modern history, from its beginnings in the early 30's before the Second World War, to the definition proposed by WHO in 2002. Different factors and dimensions that are part of the Quality of Life can be measured by various rating scales.

OBJECTIVES:

In this paper, we intend to improve the accessibility of the different health professionals to this field of therapeutic evaluation related with the quality of life, thanks to the collection of evaluation scales of quality of life related to health in adults.

METHODOLOGY

The search was conducted from January to April 2016, using different databases and platforms from which we collected a total of 15 documents, on which we rely to develop this literature review.

RESULTS

We selected a total of 34 scales of Quality of Life, which we developed 11 that have been created in Spain or have been adapted subsequently taking into account the factors corresponding to the quality of life related to health in our country.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia moderna, la Calidad de Vida ha sido definida por múltiples autores, como veremos a continuación. Desde sus primeros pasos antes de la Segunda Guerra Mundial, en los años 30, se han incluido distintos factores a su definición. En los años 60 comenzó el interés por el bienestar de las personas y, a su vez, por materializar de forma objetiva dicho interés mediante indicadores sociales; es durante la década de los 70, en EEUU, donde aparece por primera vez el término como un concepto que aúna todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) haciendo referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. En los años 80, adopta un carácter sensibilizador que proporciona un lenguaje común con el que manejarse entre los distintos profesionales y ayude a guiar la práctica de los servicios humanos, dando un giro y refiriéndolos a la propia persona y su autonomía, buscando la mayor satisfacción con su vida. Y es en los 90 cuando la Calidad de Vida se ve envuelta en una atmósfera más metodológica.

La primera definición de Calidad de Vida se publicó en 1974 en la revista monográfica estadounidense “Social Indicators Research” y en “Sociological Abstracts” en 1979, ayudando a su propagación para que, ya a principios de los 80, comenzaran las investigaciones en torno a la Calidad de Vida. (1) Tomando lo anterior como referencia, observamos otras definiciones como la del europeo Storrs McCall en 1975, hablando de las condiciones necesarias para ser feliz a través de la sociedad, o la que nos propusieron los estadounidenses Andrews y Whitney en 1976, en la que la Calidad de Vida “no es realmente el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo”. En 1980, Levy y Anderson afirman que la felicidad, la satisfacción con la vida y el bienestar son los factores que sostienen la Calidad de Vida. Durante esa década, fueron exponiéndose ideas y completando el concepto de forma más específica, como observamos en la definición que dejó Homquist en 1982, donde nos dice que el bienestar de la persona viene dado por la satisfacción o insatisfacción de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y materiales, incluyendo expectativas y aspiraciones personales, o la de Jonsen en 1986 aclarando que es el propio individuo quien expresa de forma subjetiva su satisfacción en el ámbito físico, mental y social. Ya en 1990, encontramos otro enfoque ofrecido por Cecilia y Tulsy donde “la Calidad de Vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual

de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal”. También en 1990, encontramos aportaciones de españoles como Ferrans, que opinaba que el bienestar de una persona depende del grado de satisfacción o insatisfacción con los aspectos significativos para sí mismo, o San Martín y Pastor quienes interrelacionaban estímulos a nivel individual y social en un mismo espacio. Otros referentes españoles a destacar serían García-Riaño e Ibáñez, quienes en 1992 entendieron la Calidad de Vida como “la valoración que el sujeto hace, en un momento dado, de su vida completa, considerada como un todo, con referencia no sólo al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante”.(2,3) La Calidad de Vida que definió The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) en 1994, optaba por la percepción de la persona como factor fundamental, defendiendo que dependía de su cultura y sistema de valores, en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones(4). Para completar la definición anterior, Schumaker y Naughton en 1996 establecieron que la percepción subjetiva de la capacidad de hacer actividades significativas está influida por la salud actual, planteando el *concepto multidimensional* que explica que los adultos tienen 3 dimensiones: funcionamiento físico, psicológico y social; movilidad y cuidado personal; y bienestar emocional.

Así, llegamos a la definición más utilizada en la actualidad, la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 2002, basada en constructos biográficos e históricos que varían entre comunidades: “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”.(3) (*Figura 1. Cronología de la evolución del término Calidad de Vida*)

El objetivo de este estudio es realizar una recopilación de algunas escalas de evaluación de Calidad de Vida relacionada con la salud en adultos, haciendo hincapié en aquellas que se han creado en España o han sido adaptadas y se utilizan actualmente en nuestro país, con la pretensión de mejorar la accesibilidad de los distintos profesionales de la salud hacia este campo de la evaluación terapéutica relacionada con la Calidad de Vida, por lo que encuentro la necesidad de elaborar una revisión bibliográfica que ofrezca recomendaciones metodológicas y prácticas para la correcta utilización y medición de la Calidad de Vida mediante los instrumentos que recogemos.

METODOLOGIA

Para la presente revisión bibliográfica se realizaron búsquedas en las bases de datos de PubMed (US National Library of Medicine. National Institutes of Health) y Medline (Biblioteca virtual de salud), además de otras plataformas tales como el Repositorio de la Universidad de Alicante (RUA) y Dialnet, de la Universidad de La Rioja, que también resultaron muy productivas. Esta búsqueda se ha llevado a cabo en los últimos 4 meses.

Utilizamos como palabras clave “Calidad de Vida”, “Calidad de Vida Relacionada con la Salud” o “Instrumentos de evaluación de la Calidad de Vida”. Debido a que en las bases de datos citadas no nos exigían la utilización de los operadores booleanos (AND, OR o AND NOT), no hicimos uso de ellos.

Los instrumentos de evaluación que pretendíamos investigar iban dirigidos a personas adultas mayores de 14 años, que podían presentar alguna patología o estar libres de enfermedad. Para completar esta información, añadimos los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta: artículos a partir de 1990; resultados sólo relacionados con seres humanos; que los documentos fuesen gratuitos; escalas que valoraran la Calidad de Vida únicamente a partir de una única dimensión (física, social, psíquica o emocional); cuestionarios específicos de Calidad de Vida para enfermedades específicas (coronarias, hipertensión arterial, insuficiencia venosa crónica, diabetes, parkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, cáncer, VIH-SIDA...); y cuestionarios genéricos y específicos para evaluar la Calidad de Vida de niños y adolescentes. En cuanto a lo que criterios de inclusión, tenemos en cuenta los artículos publicados tanto en inglés como en español, documentos desarrollados en cualquier parte del mundo, aceptamos escalas relacionadas con adultos mayores y, además, exceptuamos e incluimos algunas escalas específicas de Calidad de Vida relacionadas con el Alzheimer. (*Tabla 1: Metodología*)

RESULTADOS

Tras la exhaustiva búsqueda de información, empezamos por destacar que la cultura es un concepto y una percepción de la realidad común que se transmite socialmente de generación en generación. Incluye normas que influyen en las ideas, valores, sentimientos, modos de relacionarse, comportamientos y reglas de las personas. Podemos decir que la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) depende de la cultura de cada país, incluso de las costumbres propias de cada región del mismo.

Para realizar una adaptación cultural válida de un instrumento de medida, éste debe ser traducido, validado en base a los criterios psicométricos y normalizado utilizando muestras nacionales representativas, además de establecer equivalencias y garantizar la ausencia de sesgo (elementos en instrumentos que no tienen el mismo significado a través de los grupos, Poortinga 1989) y, como bien dijo Scott en 2009, examinar la adecuación de adaptaciones traducidas de los instrumentos de evaluación. (5)

En base a lo anterior y antes de elegir un instrumento para medir la Calidad de Vida relacionada con la salud, debemos tener en cuenta distintos factores: propósito y diseño del estudio, definición de CVRS adaptada, tipo de medida, contenido de la medida, información psicométrica, escala de tiempo de ítems, adaptaciones disponibles en el idioma, grado de adecuación cultural, poblaciones y lugares donde se usará, disponibilidad de normas en cada población, modo de administración, recursos necesarios y sobrecarga de la persona, forma de puntuar e interpretar sencilla, y costos. (6)

Además, el desarrollo de escalas de evaluación de la Calidad de Vida es un paso previo necesario para el desarrollo de planes y estrategias de atención específicos centrados en la mejoría de la Calidad de Vida del usuario. Las escalas de Calidad de Vida han de basarse en un modelo teórico sólido, que haya mostrado evidencias empíricas suficientes, y que identifique las principales dimensiones y componentes conceptuales. Asimismo, esas escalas deben centrarse en las características específicas

de la población y el contexto al que se dirigen y, a ser posible, deben incorporar la participación activa de los protagonistas de los servicios a los que van dirigidas (usuarios y profesionales) (7).

A continuación expondré una lista con los 34 instrumentos de Calidad de Vida genéricos que he seleccionado y destacado a lo largo de estos meses de estudio. (*Tabla 2: Listado de Escalas de Calidad de Vida*)

A pesar de recopilar información más que suficiente de todos ellos, nos centraremos en desarrollar (como apuntábamos anteriormente) aquellos instrumentos de medida que se han creado en España o que se han adaptado posteriormente teniendo en cuenta los factores correspondientes a la Calidad de Vida relacionada con la salud que en nuestro país se promulgan. (*Tabla 3: Desarrollo de las Escalas de Calidad de Vida más relevantes en el estudio.*)

Escala GENCAT

Elaborado y adaptado en 2009 por el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) y el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, España (Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Laura E. Gómez Sánchez, Robert L. Schalock).

Instrumento de evaluación objetiva diseñado en base a los avances en el modelo multidimensional de Calidad de Vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003), cuyo objetivo es la mejora de la Calidad de Vida en sus servicios sociales, personalizando y adecuando la atención y el apoyo a las necesidades de los usuarios.

Abarca 8 dimensiones distintas: bienestar emocional, físico, material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos.

Enfocado a adultos a partir de 18 años.

Administración individual o mediante entrevista personal, con una duración media de entre 10-15 minutos.

Construida con rigor metodológico, combinando metodología cuantitativa y cualitativa, y desarrollando un proceso de elaboración que ha servido como modelo de otros países para construir escalas de Calidad de Vida multidimensionales centradas en el contexto (Verdugo, Schalock, Gomez y Arias, 2007).

Puntuaciones estándar ($M=10$; $DT=3$) de cada dimensión de Calidad de Vida, percentiles e índices de Calidad de Vida. Resultados muy positivos con una muestra representativa en Cataluña, lo que respalda su utilización. (8)

Evaluación de Calidad de Vida en personas mayores: Escala FUMAT

Desarrollada y validada por el equipo de investigación del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca (Miguel Ángel Verdugo Alonso, Laura Elisabet Gómez Sánchez y Benito Arias Martínez), financiado con la I Beca Sociosanitaria Matia Fundazioa.

Instrumento de evaluación objetiva e individualizada de la Calidad de Vida de usuarios de servicios sociales.

Comparte el estudio de las mismas 8 dimensiones propuestas por Schalock y Verdugo, que son el bienestar emocional, físico, material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos.

Adultos a partir de 18 años.

Administración individual o mediante entrevista personal, que no se alargará más de 10 minutos.

Puntuaciones estándar ($M=10$; $DT=3$) de cada dimensión de Calidad de Vida, percentiles e índices de Calidad de Vida. Medida fiable para la supervisión de los progresos y resultados de los planes. (7)

Escala SAN MARTÍN

Desarrollada y validada en 2014 por profesionales de Fundación Obra San Martín y el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca (Miguel Ángel Verdugo, Laura E. Gómez, Benito Arias, Mónica Santamaría, Ester Navallas, Sonia Fernández, Irene Hierro)

Instrumento de evaluación de Calidad de Vida en personas con discapacidad intelectual que requieren apoyos extensos y generalizados, con otras posibles condiciones asociadas (personas con discapacidades múltiples y profundas) desde el punto de vista de un observador externo que conoce bien a la persona.

También se basan en las 8 dimensiones anteriores: autodeterminación, derechos, bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar material y bienestar físico.

Enfocada a adultos mayores de 18 años, con la peculiaridad de que puede administrarse a personas que tengan 16 años, siempre y cuando se encuentren fuera del sistema educativo.

Administración individual o mediante entrevista personal, que durará un máximo de 30 minutos.

Puntuaciones estándar ($M = 10$; $DT = 3$) en las dimensiones de Calidad de Vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida ($M = 100$; $DT = 15$).

Ésta es la primera escala construida en el ámbito internacional para evaluar la Calidad de Vida de personas con discapacidades significativas que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas y suficientes evidencias de validez y fiabilidad. (9)

Cuestionarios SF

Desarrollado en 1992 por Ware JE y Sherbourne CD a partir de una extensa batería de cuestionarios usados en el MOS (Estudio de Resultados Médicos), en EEUU.

Instrumento que evalúa el estado funcional del paciente, reflejando su salud física, mental y social (en sólo 2 ítems), además del valor cuantitativo que representa el estado de salud de forma multidimensional.

- SF36: se utiliza para investigaciones epidemiológicas, ya que proporciona un perfil de salud percibido que valora por igual los estados positivos y negativos en poblaciones con y sin patología.

Se basa en dos dimensiones que miden 8 conceptos de salud (Función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general)

Es muy útil para evaluar la CVRS tanto en la población general como en subgrupos específicos, detectar beneficios en la salud por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

- SF12 (Gandek): evalúa estas dos dimensiones, pero en menos ítems. Se aplica en 2 minutos, con el objetivo de evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores.

Distintas investigaciones verifican los SF como instrumentos válidos, tanto el original de 36 como sus versiones de 12, 8 y 6 ítems.

Enfocado a personas mayores de 14 años.

Autoadministración individual o mediante entrevista personal, y durará entre 5 y 10 minutos.

En algunos países y culturas, a pesar de lo dicho anteriormente, no coincide con la estructura prevista del instrumento original.

En la adaptación española del SF36 llevada a cabo por Alonso J., Prieto L. y Antó FM en 1995, la puntuación oscila entre 0 y 100 (anexo 1); a mayor puntuación, mejor Calidad de Vida relacionada con

la salud. Las investigaciones que utilizan la SF12, han verificado que este instrumento es una medida válida y confiable, encontrándose estimaciones de consistencia interna superiores a 0,70 y correlaciones significativas entre las adaptaciones (entre ellas, también la española) de la escala. (6, 10,4)

Perfil de Calidad de Vida en enfermos crónicos (PECVEC)

Desarrollado y validado en el Instituto de Medicina Sociológica de Düsseldorf (Siegrist J, Broer M, Junge A, 1996). Ha sido adaptado transculturalmente al castellano con resultados satisfactorios. La adaptación española adaptada del cuestionario se llama Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC) (Siegrist J, Broer M, Junge A, 1997). Se ha adaptado y probado en otras muchas lenguas.

Se desarrolló con el objetivo de aunar los aspectos de Calidad de Vida para que, desde el mismo contexto, comprendamos los niveles físicos, emocionales y sociales del bienestar, además de la funcionalidad de cada uno de ellos. Mide la CVRS en enfermos crónicos y personas sanas.

Dimensiones teóricas y estructura factorial del PECVEC: capacidad física, función psicológica, estado de ánimo positivo, estado de ánimo negativo, función social y bienestar social.

Diseñado para población adulta.

Autoadministración en grupos específicos o mediante entrevista personal, con una duración media de entre 10-15 minutos.

Consta de 40 ítems (tipo Likert) + 10 y 20 adicionales que recogen síntomas y limitaciones específicas. (11)

PERFIL DE CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD

La versión original es Sickness Impact Profile desarrollada por Berger y Gilson en la Universidad Johns Hopkins en 1976, EEUU, está enfocada a analizar los cambios en el comportamiento de una persona y el grado de disfunción provocado por una enfermedad. Fue Badia X quien adaptó esta escala en español. Mide la CVRS y la salud percibida. No está enfocada a un colectivo específico, por lo que se puede utilizar en cualquier enfermedad.

Está formado por 136 ítems agrupados en 12 categorías y 2 dimensiones, física y psicosocial.

Enfocado a adultos a partir de 18 años.

Se administra mediante entrevista personal, con una duración que oscila entre los 20 y 30 minutos, a los que se le añadirían otros 10 por cuestionario, necesarios para interpretar las puntuaciones.

Fiabilidad superior a 0,7 evaluado mediante α de Cronbach. Su intervalo de confianza del 95%.

Puntuación varía entre 0 (ausencia de disfunción) y 100 (máxima disfunción), y se obtienen sumando los valores escalares de todos los ítems de la escala, multiplicado por 100. (12)

Perfil de Salud de NOTTINGHAM

Diseñado en Gran Bretaña en 1981 por Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., Papp, E. para medir la percepción de salud y evaluar cómo influyen los problemas de salud en las actividades de la vida diaria. Basada en el cuestionario Sickness Impact Profile (SIP). Se validó en España en 1990 (Alonso, J., Anto, J.M., Moreno, C.), lo que ofrece valores ponderales a cada ítem, como en la versión original. Tanto la validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios de la escala con buenos resultados. Estos valores son similares en la escala adaptada en España.

Tiene 2 partes:

- La primera, 38 ítems de respuesta si-no que trabajan 6 dimensiones de salud → energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social.
- La segunda, 7 preguntas sobre existencia de limitaciones a causa de salud, en 7 actividades funcionales de la vida diaria → trabajo, tareas domésticas, vida social, familiar, sexual, aficiones y tiempo libre (se analizan como variables categóricas).

Enfocado a adultos a partir de 18 años.

Autoadministración individual o mediante entrevista persona, con una duración media de entre 10 y 15 minutos.

Se consigue la puntuación multiplicando las respuestas positivas por un valor ponderal que sacamos gracias al método de comparación de pares de Thustone. Escala de 0 (sin problemas de salud) a 100 (padece todos los problemas de salud). (4, 11, 13)

World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument

Fue desarrollado por la WHOQOL group en 1993, en concreto por Orley, Kuykey y Szabo, y adaptado al español por Lucas, R. en 1998. Mide la CVRS percibida por el paciente (efectos de enfermedad y de intervenciones sanitarias en Calidad de Vida) tanto personas sanas como pacientes. Área de aplicación, genérica (para cualquier enfermedad).

Enfocado a adultos a partir de 18 años, y se estima un tiempo de 2 semanas de duración.

Autoadministración individual.

Existen dos versiones, la original WHOQOL 100 y la abreviada WHOQOL BREF.

WHOQOL 100: 100 ítems basados en 6 dimensiones → salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/religión/creencias personales. 24 aspectos distintos. Cada ítem, 5 respuestas en escala tipo Likert.

WHOQOL BREF: 26 ítems, 2 preguntas de Calidad de Vida global y salud general, y una pregunta para cada una de las 24 facetas del WHOQOL 100. Basado en 4 dimensiones → salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Es más rápido, pero no deja evaluar las facetas individuales de los perfiles de las áreas.

Se desarrolló en 15 idiomas distintos, y hoy existe en más de 30. (4)

Viñetas o láminas COOP/WONCA

Desarrollado por World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) en 1988 (Nelson, E.C. y colaboradores). Existe una adaptación en español realizada por Lizán, L. y Reig, A. en 1999. Tiene como objetivo incorporar la evaluación del estado funcional del paciente (bienestar físico, emocional y social desde su propia perspectiva) y por tanto su Calidad de Vida, a su trabajo diario. Área terapéutica genérica (para cualquier enfermedad).

Enfocado a adultos a partir de 18 años.

Autoadministración o mediante entrevista personal. Diseñado específicamente para ser breve y eficaz en la clínica diaria y poder usarse en pacientes con problemas distintos y diagnósticos de atención primaria, por lo que se estima una media de 5 minutos.

Originario de Norteamérica, se adaptó en España tanto en castellano como en catalán y gallego, además de en otros 16 idiomas.

Consta de 6 viñetas fijas y una opcional (la referente al dolor), y sólo encontramos un ítem por lámina. Se administran siempre en el mismo orden: forma física, sentimientos, actividades domésticas, actividades sociales, cambios en el estado de salud y dolor. Obtenemos 5 respuestas en cada ítem mediante una escala tipo Likert de 1 (alta capacidad funcional) a 5 (capacidad funcional nula). (4)

Cuestionario breve de Calidad de Vida CUBRECAVI

Elaborado y validado en la Universidad autónoma de Madrid (R. Fernández-Ballesteros y M^a D.Zamarrón), en colaboración con el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales).

Se trata de un instrumento de evaluación rápida de los factores más significativos en la Calidad de Vida de los adultos mayores, basado en el concepto multidimensional de Calidad de Vida y salud que ofrece la OMS.

El CUBRECAVI es un cuestionario formado por 21 subescalas que se agrupan en nueve dimensiones: Salud (subjctiva, objetiva y psíquica), calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, ingresos, y servicios sociales y sanitarios. Enfocado a adultos mayores a partir de 65 años.

Se puede administrar de forma individual o colectiva, con una duración media de 20 minutos.

Los baremos obtenidos a partir de una muestra de más de 100 adultos mayores de 65 años, permiten comparar con un grupo normativo el nivel de Calidad de Vida del sujeto. (14)

The European Quality of Life Scale / Cuestionario EUROQOL-5D

Desarrollado por el Grupo EuroQol en 1990, un equipo multidisciplinar formado por 5 investigadores, cada uno especializado en su campo (medicina, enfermería, sociología, psicología, economía y filosofía) y de distintas procedencias (Reino Unido, Finlandia, Holanda, Dinamarca y Suecia) que se reunieron con el objetivo de poner en común las experiencias relacionadas con la valoración de los estados de salud. En 1992 fue adaptado al castellano y al català por Badía (coordinador del grupo EuroQol en España) y sus colaboradores. Además de en nuestro país, el cuestionario EUROQOL-5D puede encontrarse en más de 50 países.

Es un instrumento de evaluación utilizado para medir el estado de salud y Calidad de Vida del usuario, además de los problemas de salud propiamente dichos que permita realizar comparaciones entre países. La escala es de carácter genérico, y puede aplicarse a personas que padezcan cualquier enfermedad o a aquellas que posean una buena salud.

Las 5 dimensiones que abarca el sistema descriptivo de la escala son las siguientes: actividades cotidianas, cuidado personal, movilidad, ansiedad/depresión y dolor/malestar. A estas dimensiones a valorar, se adjunta una escala visual analógica.

Dirigido a personas mayores de 18 años.

Administración individual o mediante entrevista personalizada, con una duración media de 30 minutos.

Los usuarios valoran su estado de salud en base a una escala de valores de 0 a 100. (4, 10, 15)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En la variada evolución etimológica que ha sufrido el concepto en el que hemos basado el estudio (1,2,3,4,5), se ha observado la gran heterogeneidad de la Calidad de Vida y cómo puede cambiar su definición dependiendo de cada persona, de su situación socioeconómica, de su lugar de nacimiento, de su cultura o del contexto en el que se esté desarrollando su vida, lo que repercutirá directamente en la formación de sus experiencias. Con esta afirmación quisiera expresar que, a pesar de que exista una definición general del término en cuestión como la expuesta por la OMS en 2002 (3), existen factores subjetivos dentro de la Calidad de Vida, que son independientes del contexto. Evaluar dichos elementos subjetivos sería clave para elaborar en el futuro una definición común que permitiese la confección de un modelo en el que se basaran los instrumentos de medida de Calidad de Vida. Por todo esto, veo fundamental continuar estudiando la Calidad de Vida para seguir alcanzando metas.

A pesar de la limitación en cuanto a la extensión de la revisión bibliográfica se refiere, que no nos ha permitido desarrollar tantas escalas como nos hubiera gustado, creo que hemos alcanzado el objetivo propuesto al comienzo del estudio ya que, cuando se precise la utilización de alguna escala de evaluación de Calidad de Vida, el interesado podrá consultar en este trabajo las más relevantes, bajo mi punto de vista, y escoger aquella que más le convenga, dependiendo de la situación.

ANEXOS:

Figura 1. Cronología de la evolución del término Calidad de Vida

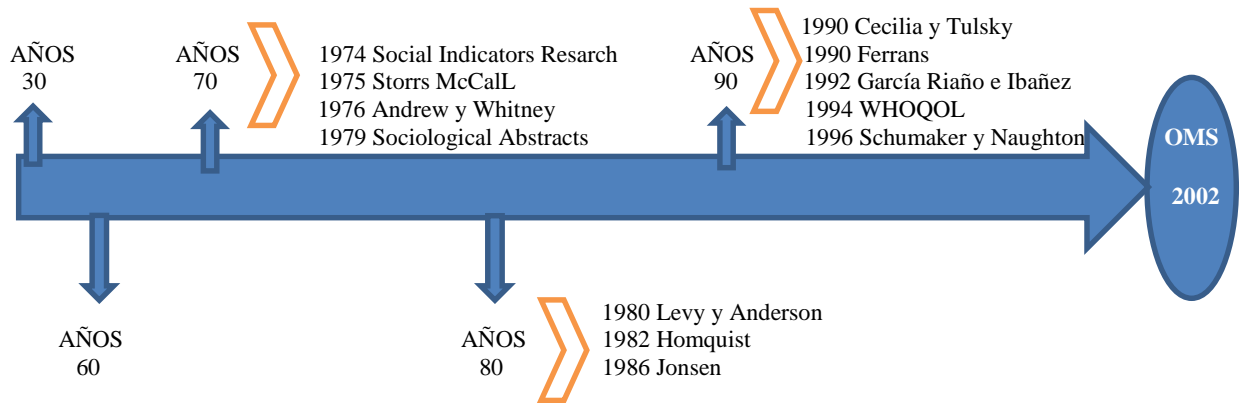


Tabla 1: Metodología

BASES DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> - PUBMED - MEDLINE - RUA - DIALNET
TIEMPO EMPLEADO	<ul style="list-style-type: none"> - 4 MESES
PALABRAS CLAVE	<ul style="list-style-type: none"> - "CALIDAD DE VIDA" - "CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD" - "INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA"
DIRIGIDO A	<ul style="list-style-type: none"> - MAYORES DE 18 AÑOS, CON O SIN PATOLOGÍA
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - ARTÍCULOS A PARTIR DE 1990 - SÓLO SERES HUMANOS - ESCALAS QUE VALORAN LA CV DESDE UNA ÚNICA DIMENSIÓN - CUESTIONARIOS DE CV PARA ENFERMEDADES ESPECÍFICAS - CUESTIONARIOS DE CV PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES - DOCUMENTOS DE PAGO
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - ESCALAS DE CV PARA ADULTOS MAYORES - ESCALAS DE CV PARA ALZHEIMER - DOCUMENTOS EN CASTELLANO E INGLÉS - DOCUMENTOS DESARROLLADOS EN CUALQUIER LUGAR DEL MUNDO

Tabla 2: Listado de escalas de Calidad de Vida

ESCALA GENCAT	DE CALIDAD DE VIDA (QLS)
SF36	SF12
THE GENERAL HEALTH PERCEPTION (GHP)	CUESTIONARIO CRITERIO DE CALIDAD DE VIDA (CCV)
ESCALA DE SATISFACCION CON LA CALIDAD DE VIDA (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985)	ESCALA DE SATISFACCION GENERAL CON LA VIDA (Huebner, 1994)
THE MODFIELD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (M-HAQ)	PERFIL DE CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS CRÓNICOS (PECVEC)
PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM	CUESTIONARIO EUROQOL-5D
CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL (DUKE-UNK)	THE PERCEIVED QUALITY OF LIFE SCALE (PQOL)
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LA OMS (WHOQOL 100 y WHOQOL BREF)	ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (ADRQL)
CLINICAL DEMENTIAN RATING SCALE (CDR)	CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE FOR GERIATRICS (CIRS-G)
PERFIL DE LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD (SIP)	LAMINAS COOP-WONCA
THE MEDICAL OUTCOMES STUDY SHORT-FORM HEALTH SURVEY (MOS)	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (AQoL8)
THE QUALITY OS WELLBEING SCALE (QWB)	CUESTIONARIO BREVE DE CALIDAD DE VIDA (CUBRECAVI)
THE GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-28)	THE HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE
EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES CAMBERWELL (VERSIÓN CORTA - CAÑAS-S)	THE QUALITY OF LIFE HEALTH QUESTIONNAIRE (QLHQ)
ÍNDICE DE BIENESTAR PSICOLÓGICO	ESCALA DE LA AMISTAD (FS)
THE KARNOFSKY PERFORMANCE SCALE	CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL (OARS)
ESCALA FUMAT	ESCALA SAN MARTÍN

Tabla 3: Desarrollo de las escalas de Calidad de Vida más relevantes en el estudio.

NOMBRE	LUGAR Y AÑO DE PUBLICACIÓN	AUTORES	DIRIGIDA A	DIMENSIONES	ADMINISTRACIÓN	PUNTUACIÓN
<u>ESCALA GENCAT</u>	2009; Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), Barcelona, y el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, España.	Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Laura E. Gómez Sánchez, Robert L. Shalock.	Adultos a partir de 18 años.	Bienestar emocional, físico, material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos.	Individual o mediante entrevista personal; 10-15min.	Puntuaciones estándar (M=10; DT=3) de cada dimensión de Calidad de Vida, percentiles e índices de Calidad de Vida.
<u>ESCALA FUMAT</u>	2009; Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca	Miguel Ángel Verdugo Alonso, Laura Elísabet Gómez Sánchez y Benito Arias Martínez	Adultos a partir de 18 años.	Bienestar emocional, físico, material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos	Individual o mediante entrevista personal; 10min	Puntuaciones estándar (M=10; DT=3) de cada dimensión de Calidad de Vida, percentiles e índices de Calidad de Vida.
<u>ESCALA SAN MARTÍN</u>	2014; Fundación Obra San Martín y el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca	Miguel Ángel Verdugo, Laura E. Gómez, Benito Arias, Mónica Santamaría, Ester Navallas, Sonia Fernández, Irene Hierro	Adultos a partir de 18 años; 16 años si está fuera del sistema educativo	Autodeterminación, derechos, bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar material y bienestar físico	Individual o mediante entrevista personal; 30min	Puntuaciones estándar (M = 10; DT = 3) en las dimensiones de Calidad de Vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida (M = 100; DT = 15)
<u>CUESTIONARIOS SF</u>	1992; a partir de una extensa batería de cuestionarios usados en el MOS (Estudio de Resultados Médicos). Adaptado al Español en 1995.	Ware JE y Sherbourne CD; adaptado al Español por Alonso J., Prieto L. y Antó FM	Adultos a partir de 18 años.	Función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general	Individual o mediante entrevista personal; 5-10min	Puntuación oscila entre 0 y 100; a mayor puntuación, mejor Calidad de Vida relacionada con la salud
<u>PERFIL DE CALIDAD DE</u>	1996; Instituto de Medicina Sociológica de Düsseldorf,	Siegrist J, Broer M, Junge A.	Diseñado para adultos	Capacidad física, función psicológica, estado de ánimo	Individual o mediante entrevista personal; 5-	Consta de 40 items (tipo Likert) + 10 y

<u>VIDA EN ENFERMOS CRÓNICOS (PECVEC)</u>	Alemania. Adaptado al Español en 1997		a partir de 18 años.	positivo, estado de ánimo negativo, función social y bienestar social	15min	20 adicionales que recogen síntomas y limitaciones específicas.
<u>PERFIL DE CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD (SIP)</u>	1976; Universidad Johns Hopkins, EEUU. Adaptado al Español (sin especificar)	Berger y Gilson; adaptado al Español por Badia X.	Adultos a partir de 14 años.	Física y psicosocial	Entrevista personal; 20-30 min + 10 por cuestionario, para interpretar las puntuaciones	Puntuación varía entre 0 (ausencia de disfunción) y 100 (máxima disfunción), y se obtienen sumando los valores escalares de todos los ítems de la escala, multiplicado por 100
<u>PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM</u>	1981, Gran Bretaña. Adaptado al Español en 1990.	Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., Papp, E; adaptado al Español por Alonso, J., Anto, J.M., Moreno, C.	Adultos a partir de 18 años.	-1ª parte: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social - 2ª parte: trabajo, tareas domésticas, vida social, familiar, sexual, aficiones y tiempo libre	Individual o mediante entrevista personal; 10-15min	Puntuación multiplicando las respuestas positivas por un valor ponderal que sacamos gracias al método de comparación de pares de Thustone. Escala de 0 (sin problemas de salud) a 100 (padece todos los problemas de salud).
<u>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT INSTRUMENT</u>	1993; WHOQOL, EEUU. Adaptado al Español en 1998.	I.E. Orley & Kuyken; Szabo. Adaptado al Español por Lucas, R.	Adultos a partir de 18 años.	-WHOQOL 100: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/religión/creencias personales -WHOQOL BREEF: salud física, psicológica, relaciones	Autoadministración; 2 semanas	-WHOQOL100: Cada ítem, 5 respuestas en escala tipo Likert -WHOQOL BREEF: s más rápido, pero no deja evaluar las facetas individuales

				sociales y ambiente		de los perfiles de las áreas.
<u>LÁMINAS COOP/WONCA</u>	1987; World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), EEUU. Adaptado al Español en 1999.	Nelson, E.C. y colaboradores. Adaptado al Español por Lizán, L. y Reig, A.	Adultos a partir de 18 años.	Forma física, sentimientos, actividades domésticas, actividades sociales, cambios en el estado de salud y dolor	Individual o mediante entrevista personal; 5 min.	Obtenemos 5 respuestas en cada ítem mediante una escala tipo Likert de 1 (alta capacidad funcional) a 5 (capacidad funcional nula).
<u>CUESTIONARIO BREVE DE CALIDAD DE VIDA (CUBRECAVI)</u>	1996; validado en la Universidad autónoma de Madrid, en colaboración con el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales)	R. Fernández-Ballesteros y M ^a D.Zamarrón	Adultos mayores a partir de 65 años.	Salud (subjctiva, objetiva y psíquica), calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, ingresos, y servicios sociales y sanitarios	Individual o colectiva; 20min.	Baremos obtenidos a partir de una muestra de más de 100 adultos mayores de 65 años, permiten comparar con un grupo normativo el nivel de Calidad de Vida del sujeto
<u>CUESTIONARIO EUROQOL-5D</u>	1990; Grupo EuroQol. Adaptado al Español en 1992 por el Grupo EuroQol en España.	5 investigadores con distinta especialidad y procedencia (no se especifica nada más). Adaptado al Español por Badía X y colaboradores.	Adultos a partir de 18 años.	actividades cotidianas, cuidado personal, movilidad, ansiedad/depresión y dolor/malestar + escala visual analógica	Individual o mediante entrevista personalizada; 30min	Escala de valores de 0 a 100.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-vela M., Sabeh E. CALIDAD DE VIDA. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO Y SU INFLUENCIA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA. 2016.
2. Garrido-Piosa M. Cerpa-Garrido J. Calidad de vida: evolución histórica, perspectivas y consideraciones - Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com [Internet]. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. 2014 [cited 22 April 2016]. Available from: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/calidad-de-vida-evolucion-historica/>
3. SCHWARTZMANN L. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. Cienc enferm. 2003; 9(2)
4. Congost Maestre N. El lenguaje de las Ciencias de la Salud: Los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español. [Doctorado en Filología Inglesa]. Universidad de Alicante; 2010.
5. Benítez I. LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA: RETOS METODOLÓGICOS PRESENTES Y FUTUROS. Sección Monográfica. 2016; volumen 37: pp. 69-73.
6. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Permanyer-Miralda G, Quintana J, Santed R et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencias y nuevos desarrollos. Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS) Barcelona España Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdica (AATRM) de Catalunya Barcelona España Unidad de Investigación en Resultados de Salud Servicio de Nefrología Hospital Universitario de Asturias Oviedo España Unidad de Epidemiología Servicio de Cardiología Hospital Universitario Vall d'Hebron Barcelona España Unidad de Investigación Hospital de Galdakao Vizcaya España Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) Barcelona España. 2004; volumen 19(2):pp. 135-150.
7. Verdugo Alonso M, Gómez Sánchez L, Arias Martínez B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. 2009;(1ª Edición: 2009).

8. Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de Vida. Barcelona, España: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya; 2009.
9. Hierro Zorrilla I, Verdugo Alonso M, Gómez Sánchez L, Fernández Ezquerra S, Cisneros Fernández P. Evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidades significativas: aplicación de la Escala San Martín en la Fundación Obra San Martín. *REVISTA ESPAÑOLA DE DISCAPACIDAD*. 2015; 3(1):93-105.
10. Tuesca Molina R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*. 2005.
11. Hernández Mejía R. Calderón García R. Calidad de vida; pp. 265-289
12. Carod-Artal F, González-Gutiérrez J, Egado-Herrero J, Varela de Seijas E. PROPIEDADES MÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL PERFIL DE LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD DE 30 ÍTEMS ADAPTADO AL ICTUS (SIP30-AI). Hospital Universitario San Carlos, Madrid; Red Sarah de Hospitales de Rehabilitación. Brasilia DF, Brasil. *Revista de Neurología*. 2007;Vol. 45(Ed. 11):647-654.
13. Alonso, J., Anto, J.M., Moreno, C. "Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity". *Am J Public Health* 1990; 80: 704-8.
14. Urrutia A, Grasso L, Guzmán E. Construcción y validación de un instrumento multivariable para la evaluación de Calidad de Vida en ancianos. *Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa*, 2009; Vol. 9: pp. 54-71.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD ESPAÑA 2011/2012. SERIE Informes monográficos. Calidad de Vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Navarra; 2011.