

Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL)

A. Dalfó i Baqué^a, X. Badia i Llach^b y A. Roca-Cusachs^c

Introducción

El interés actual sobre la medición de la calidad de vida (CVRS) en medicina tiene su origen tanto en la preocupación por el proceso de atención sanitaria como en la voluntad de controlar los resultados de la atención y las intervenciones realizadas. Este interés no sólo se ha centrado en disciplinas donde la supervivencia de los pacientes era y es el factor más importante, como por ejemplo la oncología, sino también en el seguimiento de enfermedades crónicas y factores de riesgo como la hipertensión arterial (HTA).

La reducción de la morbimortalidad asociada a este factor de riesgo ha sido, y es, el objetivo principal de la intervención terapéutica. La minimización de los efectos secundarios asociados al tratamiento y la mejora global de la calidad de vida del paciente hipertenso se han convertido en la actualidad en uno de los resultados principales en la evaluación de estos pacientes^{1,2}. Una prueba del creciente interés en el tema de la CV es el notable incremento de las publicaciones que hacen referencia a esta temática³.

Para poder evaluar la CVRS de forma rigurosa se necesitan instrumentos de medida de la salud y de la CVRS relacionada con la salud. Los cuestionarios son los instrumentos habitualmente utilizados para la medición de la CVRS⁴. En España, se cuenta con instrumentos genéricos que han mostrado tener unas buenas propiedades de medición⁵⁻⁷. Sin embargo, para evaluar la CVRS en el paciente hipertenso, es necesaria la utilización de instrumentos específicos para la HTA, y cuyas propiedades de medición (validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio) sean robustas⁸⁻¹⁰.

Hasta hace poco, para evaluar la CVRS en HTA se había utilizado la versión española del PECVEC¹¹, un cuestionario para pacientes crónicos. Sin embargo, en 1992 se propuso un cuestionario de CVRS específico para pacientes con HTA¹² que recientemente se ha validado en condiciones de práctica clínica habitual. El Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL)¹³ es un instrumento validado en nuestro país con la finalidad de evaluar la CVRS en este grupo de pacientes que permita, además, determinar la relación existente entre la CVRS y las variables clínicas.

Base conceptual del cuestionario

La HTA es una afección crónica que representa en la actualidad uno de los problemas de salud más importantes en los países desarrollados, debido a su alta prevalencia^{14,15} y a su reconocido papel como factor de riesgo cardiovascu-

lar¹⁶. La HTA cursa, por lo general, de forma asintomática y el período que transcurre entre el diagnóstico de la HTA y la detección de las lesiones de los órganos diana, que suelen ser responsables de la presentación de los síntomas, es muy variable. Este período de latencia depende de la gravedad de la HTA y de la coexistencia y gravedad de otros factores de riesgo, como son dislipemia, diabetes o tabaquismo.

Así, todo paciente con HTA, tras ser diagnosticado, se encuentra ante un problema de salud crónico, que implicará visitas médicas periódicas de control, modificaciones del estilo de vida e inicio de tratamiento farmacológico cuando sea preciso, para intentar evitar la presentación de complicaciones y determinadas enfermedades que suelen tener una repercusión importante sobre el estado de salud¹⁷.

La HTA esencial es generalmente asintomática, pero en la actualidad sabemos que, por sí misma, altera la calidad de vida¹⁸. De hecho, la mayoría de los estudios que han evaluado la calidad de vida en pacientes con HTA, comparándola con grupos de población normotensos, han encontrado unas puntuaciones de calidad de vida peores en la población hipertensa¹⁹⁻²³.

Hasta ahora, no está claro si la disminución de la presión arterial, por sí misma y de forma independiente al tratamiento utilizado, consigue mejorar las puntuaciones de calidad de vida. Por ello, disponer de cuestionarios específicos de CVRS puede ayudar a conocer mejor el impacto de la HTA y de su tratamiento en el paciente hipertenso.

Descripción del cuestionario

El cuestionario de salud para la HTA fue desarrollado y validado preliminarmente por Roca-Cusachs et al¹² e incluía ítems obtenidos de la revisión de escalas de calidad de vida de la HTA y de escalas psicológicas de evaluación de la ansiedad y la depresión. De la revisión de los datos de su estudio se excluyeron algunos ítems que se consideraron poco sensibles y se volvieron a redactar otros, con la finalidad de aumentar la validez de contenido. Se obtuvo finalmente una versión de 55 ítems (anexo 1) agrupados en 2 dimensiones:

^aMédico de Familia. Equipo de Atención Primaria Gòtic. Barcelona.

^bResponsable de la Unidad de Resultados en Salud. Departamento de Epidemiología i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Consultor científico. Health Outcomes Research Europe.

^cUnidad de Hipertensión. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

estado de ánimo (EA), constituido por 36 ítems, y manifestaciones somáticas (MS), constituidas por 19 ítems, con un marco temporal de referencia de 15 días.

Además, se mejoraron las instrucciones de administración del cuestionario y el formato de respuesta con el fin de facilitar la comprensión y la realización del mismo por parte del paciente. La respuesta a los ítems se obtiene mediante una escala Likert de cuatro opciones de respuesta (no, en absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí, mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud) y permiten obtener una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones.

Evaluación de las propiedades de medición del cuestionario

Para validar el cuestionario CHAL se realizó un estudio en el que se evaluó una muestra de 269 pacientes hipertensos no controlados, de ambos sexos, mayores de 17 años, provenientes de 92 centros de atención primaria (CAP) de España. Los pacientes se incluyeron consecutivamente en función de cuotas de edad (18-44 años, 45-64 años y más de 64 años) y sexo, con el fin de obtener una muestra representativa de la población española con HTA. Además, la muestra del estudio se estratificó en función de la afectación orgánica de la HTA²⁴.

Por otro lado, como grupo control se incluyeron 106 individuos normotensos (PAS < 140/90 mmHg), mayores de 17 años, seleccionados de forma consecutiva entre los individuos que acudieron a los mismos CAP por alguna enfermedad leve que no necesitara tratamiento (por ejemplo, revisiones rutinarias) o que acudieran al CAP por algún otro motivo (por ejemplo, vacunaciones, cuestiones administrativas o acompañantes de pacientes). La selección de este grupo control también se realizó por cuotas de edad y sexo representativas de la población española con HTA.

Después de que los pacientes hipertensos y los sujetos controles hubieran dado su consentimiento para participar en el estudio, los entrevistó el médico (investigador) que les atiende habitualmente. El investigador recogió las características sociodemográficas y clínicas de cada sujeto (presión arterial sistólica y diastólica, años con el diagnóstico y gravedad de la HTA, tratamiento para la HTA, frecuencia cardíaca, afectación orgánica, índice de masa corporal y presencia de enfermedades crónicas concomitantes). Posteriormente, el investigador entregó al paciente los cuestionarios de CVRS CHAL y EuroQol-5D, así como una pregunta sobre el estado general de salud para que los cumplimentara. Cuando era necesario, los cuestionarios los administró el entrevistador (por ejemplo, analfabetismo o déficit de agudeza visual).

Con el objetivo de evaluar la fiabilidad test-retest del cuestionario, se realizó una segunda visita al cabo de un mes de la inclusión. Se discriminó entre los pacientes que no declararon cambios en el estado de salud, con el objetivo de evaluar la fiabilidad test-retest, y los pacientes que declara-

ron cambios en el estado de salud, con el objetivo de evaluar la sensibilidad al cambio del cuestionario.

En esta segunda visita se registraron de nuevo las características clínicas de los pacientes y se volvieron a administrar los cuestionarios (CHAL y EuroQol-5D) y una pregunta sobre el cambio en el estado de salud global del paciente. Para los controles normotensos sólo se realizó una visita de inclusión, en la que se recogió la misma información que los pacientes, a excepción de las variables clínicas no aplicables a individuos normotensos.

Validez

Se esperaba encontrar en el cuestionario las dimensiones definidas en el estudio de la validación preliminar.

La validez convergente se evaluó mediante la correlación entre las dimensiones del CHAL y el nivel de problemas en cada una de las dimensiones del EuroQol-5D (EQ-5D) y la puntuación de la Escala Visual Analógica (EVA), esperándose una correlación más alta entre las dimensiones comunes de ambos cuestionarios. Se seleccionó el EQ-5D para evaluar la validez convergente del CHAL por tratarse de un instrumento genérico ampliamente validado en la población española²⁵ tanto en población general como en grupos de pacientes, y que dispone de valores poblacionales de referencia para la comparación de distintos grupos de población. Además, el EuroQol-5D es un cuestionario muy sencillo y rápido de administrar que contiene las dimensiones más importantes de la calidad de vida como otros cuestionarios genéricos más largos (SF-36 o el SIP). Para evaluar la validez discriminante se compararon las puntuaciones del CHAL (recodificadas a una escala de 0-100, indicando 100 peor calidad de vida) entre pacientes y controles y entre distintos grupos de pacientes con distintos niveles de gravedad de la HTA. Los pacientes, y entre ellos los más graves, se espera que tengan una peor calidad de vida que los controles o los pacientes con menor gravedad de la HTA. La estratificación de los pacientes se realizó según afectación orgánica y nivel de gravedad de la HTA. La comparación de las puntuaciones entre pacientes y controles se repitió tras ajustar por las características de los pacientes relacionadas con las puntuaciones del CHAL.

Para evaluar comparativamente las diferencias en las puntuaciones de las dimensiones del CHAL entre pacientes, con distintos niveles de gravedad y afectación orgánica, y controles, se calcularon las puntuaciones medias de los pacientes tipificadas en las puntuaciones de los controles, obtenidas de restar a cada una de las puntuaciones de los pacientes la puntuación media de los controles y dividir por la desviación estándar de las puntuaciones de los controles.

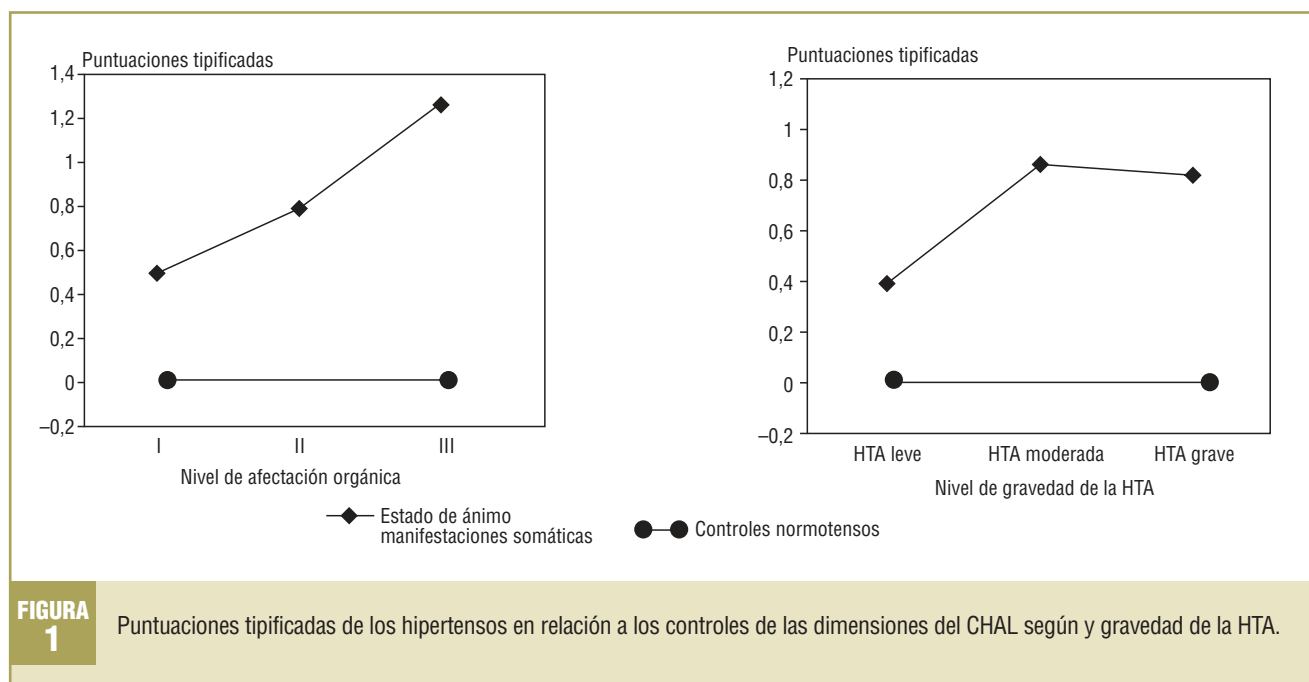
Fiabilidad

Se evaluó en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest. Para el análisis de fiabilidad test-retest se incluyeron únicamente aquellos pacientes que declaraban no

TABLA 1
Correlaciones de las dimensiones del CHAL con las del EQ-5D y la escala visual analógica

		Puntuaciones del CHAL		
		Total	Estado de ánimo	Manifestaciones somáticas
Euroqol-5D				
Movilidad		0,501	0,490	0,451
	N	236	246	254
Cuidado personal		0,375	0,363	0,295
	N	236	246	254
Actividades cotidianas		0,536	0,563	0,412
	N	235	245	253
Dolor/malestar		0,589	0,569	0,552
	N	236	246	254
Ansiedad/depresión		0,623	0,643	0,457
	N	236	246	254
Escala Visual Analógica		−0,624	−0,655	−0,443
	N	235	246	256

Todos los coeficientes de correlación son significativos con $p < 0,01$.



haber cambiado su estado de salud entre las 2 visitas de estudio.

Sensibilidad al cambio

Para evaluarla se calculó el tamaño del efecto del cambio de las puntuaciones entre las 2 visitas de estudio, obtenido de dividir la diferencia entre puntuaciones medias (basal y al mes) por la desviación estándar de las puntuaciones en la visita basal.

Resultados de la validación y relación entre variables clínicas y calidad de vida

La tabla 1 muestra los coeficientes de correlaciones entre las dimensiones del CHAL y las dimensiones del EQ-5D y la EVA. Las 2 dimensiones del CHAL presentaron una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) con todas las dimensiones del EQ-5D. Las dimensiones de EA y MS del CHAL presentaron una correlación superior con las dimensiones de ansiedad/depresión (0,64) y do-

TABLA 2 Puntuación media del CHAL obtenida para los pacientes en la visita basal y en la visita final según declararon presentar mejor, igual o peor estado de salud, y tamaño del efecto entre visitas

	N	Media (DE) basal	Media (DE) al mes	Media (IC del 95%) del cambio
Puntuación global				
Peor	5	28,8 (12,5)	36,0 (14,5)	7,2 (-5,6; 20,0)
Igual	96	25,6 (19,0)	20,5 (17,7)	-5,1 (-6,8; -3,4)
Mejor	98	35,8 (25,7)	20,9 (16,9)	-14,9 (-18,6; -11,2)
Tamaño del efecto = 0,42				
Estado de ánimo				
Peor	5	18,4 (11,2)	24,0 (9,9)	5,6 (-4,7; 15,9)
Igual	102	19,0 (15,8)	15,2 (14,4)	-3,8 (-5,1; -2,5)
Mejor	102	26,6 (18,4)	15,8 (12,5)	-10,8 (-13,4; -8,2)
Tamaño del efecto = 0,40				
Manifestaciones somáticas				
Peor	6	12,0 (4,9)	13,0 (5,4)	1,0 (-3,9; 5,9)
Igual	107	7,7 (6,4)	5,9 (5,6)	-1,7 (-2,4; -1,0)
Mejor	113	9,9 (8,7)	5,3 (5,1)	-4,6 (-5,9; -3,3)

Tamaño del efecto = 0,40.

TABLA 3 Puntuación obtenida en el CHAL en el test y retest y coeficiente de correlación intraclass (CCI) para el total de la muestra y seleccionando aquellos pacientes que declaran no haber cambiado su estado de salud

Puntuaciones L del CHA	Puntuaciones test, media (DE) ^a	Puntuaciones retest, media (DE) ^a	Diferencia media (DE) entre puntuaciones ^b	Significación	CCI ^a	CCI ^b
Dimensiones						
Estado de ánimo	19,1 (15,8)	15,2 (14,4)	-3,8 (6,5)	< 0,01	0,66	0,88
N	102	102	102			
Manifestaciones somáticas	7,7 (6,4)	5,9 (5,6)	-1,7 (3,8)	< 0,01	0,56	0,76
N	107	107	107			
Puntuación global	25,6 (19)	20,5 (17,7)	-5,1 (8,4)	< 0,01	0,63	0,86
N	96	96	96			

^aEstadísticos calculados para el total de la muestra de pacientes.

lor/malestar (0,55), respectivamente. La puntuación de la EVA presentó una correlación superior con la puntuación global y de EA del CHAL que con la puntuación de MS (0,62 y 0,65 frente a 0,44).

La puntuación de las 2 dimensiones del CHAL obtenidas entre pacientes y controles presentó diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) tras ajustar por las características de los pacientes correspondientes. La puntuación obtenida en la muestra control fue inferior, indicando mejor calidad de vida: mejor EA y menos MS que los pacientes (fig. 1).

El análisis multivariante realizado para definir las características de los pacientes relacionadas con las puntuaciones de EA y MS mostró ligeras diferencias en los resultados. Las mujeres con mayor afectación orgánica y mayor frecuencia cardíaca presentaron peor EA. La consistencia in-

terna para el total del CHAL y las dimensiones EA y MS fue de 0,96, 0,89 y 0,96, y el coeficiente de correlación intraclass fue de 0,88, 0,76 y 0,86, respectivamente.

La tabla 2 muestra las puntuaciones obtenidas para la puntuación global y por dimensiones del CHAL, entre las 2 visitas de estudio, así como la diferencia de las puntuaciones entre visitas, para el total de la muestra y estratificando por la percepción del paciente de los cambios en su propio estado de salud global entre visitas. Los pacientes que declaraban haber mejorado su estado de salud presentaban una reducción en la puntuación global, en estado de ánimo y manifestaciones somáticas de 15, 11 y 5 puntos, respectivamente. Los pacientes que declaraban mantener más o menos el mismo estado de salud entre visitas presentaban un ligero decremento de 2-5 puntos en la puntuación global y por dimensiones.

Al analizar la evolución de la calidad de vida entre la primera y segunda visita (después de intensificar el tratamiento antihipertensivo) pudo observarse que las 3 puntuaciones del CHAL muestran un descenso (es decir, una mejora) entre las 2 visitas ($p < 0,001$), obteniéndose un mayor coeficiente de correlación intraclase en aquellos pacientes que aseguraban no haber cambiado su estado de salud global durante el período de seguimiento (tabla 3).

Conclusiones

El CHAL es el primer cuestionario de calidad de vida específico para la HTA en España. Los resultados del estudio mostraron que el CHAL es válido, fiable y sensible al cambio en el tratamiento antihipertensivo, para ser utilizado en la investigación y en condiciones de práctica clínica habitual. Sin embargo, el elevado tiempo de administración del cuestionario, alrededor de 30 minutos cuando el cuestionario era autoadministrado y de 25 cuando el cuestionario era administrado por el entrevistador (casi en la mitad de los casos), implica una limitación importante para su uso habitual en la práctica clínica cotidiana, pero el uso de un cuestionario de CVRSRS específico para la HTA puede ser útil en ensayos clínicos o estudios a largo plazo, con la finalidad de medir la CVRS del paciente en un período de tiempo más largo, debiendo reservarse para la investigación.

La validación de una versión abreviada de cuestionario (MINICHAL)²⁶ puede ofrecer ventajas para su uso en atención primaria. El MINICHAL consta de 16 ítems y actualmente está siendo validado en un estudio prospectivo. La medición de la CVRS del paciente hipertenso debería permitirnos disponer de un elemento más en el momento de decidir qué terapia es la más conveniente (en condiciones de igual eficacia). De hecho, por ejemplo, la mayor parte de estudios con comparaciones entre fármacos antiguos y otros nuevos, en el campo de la HTA, muestran que las ventajas e inconvenientes de uno u otro tratamiento pueden ser modestas y por tanto difíciles de detectar²⁷.

Bibliografía

1. Houston MC. Hypertension strategies for therapeutic intervention and prevention of end-organ damage. *Prim Care* 1991;18:713-53.
2. Levine S, Croog SH. Quality of life and the patient's response to treatment. *J Cardiovasc Pharmacol* 1985;7(Suppl 1):32-6.
3. Sanders C, Egger M, Donovan J, Tallon D, Frankel S. Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *BMJ* 1998;317:1191-4.
4. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 2.^a ed. Barcelona: Edimac, 1999.
5. Badia X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Med Clin (Barc)* 1994;102:90-5.
6. 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 (Barc)* 1995;104:771-6.
7. Badia X, Gutiérrez F, Wiklund I, Alonso J. Reliability and validity of the Spanish version of the Psychological General Well-Being Index. *Qual Life Res* 1996;5:101-8.
8. Testa MA, Sudilovsky A, Rippey RM, Williams GH. A short form for clinical assessment of quality of life among hypertensive patients. *Am J Prev Med* 1989;5:82-9.
9. Hunt SM. Quality of life claims in trials of anti-hypertensive therapy. *Qual Life Res* 1997;6:185-91.
10. Hjemdahl P, Wiklund IK. Quality of life on antihypertensive drug therapy: scientific end-point or marketing exercise? *Hypertension* 1992;10:1437-46.
11. Fernández-López JA, Siegrist J, Hernández-Mejía R, Broer M, Cueto-Espinar A. Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos. *Med Clin (Barc)* 1997;109:245-50.
12. Roca-Cusachs A, Ametlla J, Calero S, Comas O, Fernández M, Lospau R, et al. Calidad de vida en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 1992;98:486-90.
13. Dalfó A, Badia X, Roca-Cusachs A, Aristegui I, Roset M. Validación del cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) para su uso en España. Relación entre variables clínicas y calidad de vida. *Aten Primaria* 2000;26:96-103.
14. Stamler J, Stamler R, Riedlinger WF. Hypertension screening of 1 million Americans. *JAMA* 1976;235:2299-306.
15. Plans P, Tresserras R, Pardell H, Salleras L. Epidemiología de la hipertensión arterial en la población adulta de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1992;98:369-72.
16. Kannel WB, Dammer TR. Importance of hypertension as a risk factor in cardiovascular disease. *Hypertension*. New York: Mc Graw-Hill, 1977.
17. Dallas Hall W, Kong W. Hypertension in blacks: nonpharmacologic and pharmacologic treatment. En: Saunders E, editor. *Cardiovascular diseases in blacks*. Philadelphia: FA Davis, 1991;157-69.
18. Doing better, feeling worse [editorial]. *Lancet* 1990;336:1037-8.
19. Tibblin G, Svärdsudd, Welin L, Erikson H, Larsson B. Quality of life as outcome variable and a risk factor for total mortality and cardiovascular disease: a study of men born in 1913. *J Hypertens* 1993;11(Suppl 4):81-6.
20. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Weirs K, Rogers WH, Berry SO, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: the results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262:907-13.
21. Anderson RT, Hogan P, Appel L, Rosen R, Shumaker SA. Baseline correlates with quality of life among men and women with medication controlled hypertension. The trial of nonpharmacologic interventions in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:1080-5.
22. Coelho AM, Coelho R, Barros H, Roca-Goncalves F, Reis-Lima MA. Essential arterial hypertension: psychopathology, compliance and quality of life. *Rev Port Cardiol* 1997;16:873-83.
23. Fernández-López J, Siegrist J, Hernández-Mejía R, Broer M, Cueto-Espinar A. Study of quality of life on rural hypertensive patients. Comparison with the general population of the same environment. *J Clin Epidemiol* 1994;47:1373-80.
24. World Health Organization Hypertension Control. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization, 1996.
25. Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the Euro-Qol 5D in the Catalan General Population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res* 1998;7:311-22.
26. Dalfó A, Badia X, Roca-Cisachs A, Coll A, Aristegui I, Roset M. Rasch measurement for reducing the items of the arterial hypertension questionnaire (CHAL). XXVII International Congress of Psychology. 23-28 July, Stockholm, Sweden.
27. 1999 World Health Organization. International Society of Hypertension. Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. *Journal Hypertens* 1999;17:151-83.

ANEXO 1. Cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial (CHAL)

1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?
2. ¿Ha tenido sueños que le asustan o le son desagradables?
3. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?
4. ¿Se despierta y es incapaz de volverse a dormir?
5. ¿Se despierta cansado?
6. ¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?
7. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?
8. ¿Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar)?
9. ¿Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal?
10. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?
11. ¿Se ha sentido insatisfecho en sus relaciones personales?
12. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?
13. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?
14. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?
15. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
16. ¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades?
17. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?
18. ¿Se siente incapaz de disfrutar de sus actividades habituales de cada día?
19. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
20. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?
21. ¿Ha perdido confianza en usted mismo y cree que no vale nada?
22. ¿Ve su futuro con poca esperanza?
23. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?
24. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?
25. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
26. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
27. ¿Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?
28. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?
29. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
30. ¿Ha notado flojedad en las piernas?
31. ¿Cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?
32. ¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza?
33. ¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va?
34. ¿Le cuesta concentrarse en lo que hace?
35. ¿Ha sufrido visión borrosa?
36. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?
37. ¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad?
38. ¿Ha padecido sofocos?
39. ¿Se le han hinchado los tobillos?
40. ¿Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarrea)?
41. ¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo?
42. ¿Ha notado tos irritante o picor en la garganta?
43. ¿Ha notado sequedad de boca?
44. ¿Ha notado que la nariz se le tapa a menudo?
45. ¿Ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos?
46. ¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción?
47. ¿Se le han puesto los dedos blancos con el frío?
48. ¿Ha disminuido su apetito?
49. ¿Ha aumentado de peso?
50. ¿Ha notado palpitaciones frecuentemente?
51. ¿Ha tenido dolor de cabeza?
52. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?
53. ¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)?
54. ¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?
55. ¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual?

Opciones de respuesta (no, en absoluto; sí, algo; sí, bastante; sí, mucho) que puntúan de 0 (mejor nivel de salud) a 3 (peor nivel de salud). La puntuación global y la puntuación para cada una de las dimensiones se obtiene sumando las puntuaciones asignadas a los ítems correspondientes a la dimensión.