

CUESTIONARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cuestionarios de salud en España y su uso en atención primaria

X. Badia^a y E. Baró^b

^aDepartamento de Epidemiología Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^bHealth Outcomes Research Europe. Barcelona.

Introducción

En los últimos años ha aumentado el interés de los profesionales sanitarios en la medida de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), tanto en la investigación como en la práctica clínica. Los instrumentos de medida de la CVRS proporcionan información diferente pero complementaria a la de los indicadores clínicos más tradicionales, y aunque su uso en atención primaria (AP) es aún minoritario¹ cada vez más los profesionales sanitarios consideran útil e instructiva la información que aportan^{2,3}. Conocer la percepción que tiene el paciente de su salud o del impacto de las intervenciones sanitarias puede permitir a los profesionales de AP valorar mejor el estado global del paciente y sus necesidades, así como establecer una meta de tratamiento, monitorear la progresión de la enfermedad o mejorar la comunicación con el paciente, entre otros aspectos⁴. El protagonismo del ámbito de la AP como proveedora de asistencia médica, así como su participación en estudios clínicos y epidemiológicos, pone de manifiesto la necesidad e importancia de evaluar adecuadamente el estado de salud y la CVRS en este contexto.

Correspondencia: Xavier Badia.
Unidad de Investigación de Resultados de Salud.
Departamento de Epidemiología Clínica y Salud Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Casa de Convalecencia, 171. 08041 Barcelona.
Correo electrónico: xbadia@cochrane.es
(Aten Primaria 2001; 28: 349-356)

La selección de un cuestionario de salud para su uso en AP debe considerar aspectos tan diversos como su robustez psicométrica (análisis de la validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio) o indicadores de factibilidad como el tiempo de administración⁴. El presente artículo tiene como objetivo presentar los resultados de un estudio realizado recientemente⁵ para conocer el estado de la medida de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en España, a través del análisis de los cuestionarios de salud disponibles, con especial énfasis en aquellos cuyas características los hacen más adecuados para su uso en AP.

Métodos

Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados hasta el primer trimestre de 1999, relacionados con el desarrollo, la validación o el uso de cuestionarios de salud en España, en las bases de datos Medline, HealthStar e Índice Médico Español. La búsqueda se complementó mediante la revisión manual de diversos catálogos de tesis doctorales, libros de resúmenes de congresos, bibliografía ascendente de los artículos seleccionados y documentación en mimeografía solicitada a los autores de los cuestionarios. Se excluyeron de la selección los instrumentos basados únicamente en síntomas, las escalas diagnósticas de evaluación psiconeurológica y aquellos sin el perfil buscado.

Índice GraQol

Cada uno de los instrumentos seleccionados se evaluó mediante el índice Gra-

Qol (tabla 1). Este índice describe el nivel de desarrollo de un instrumento, evaluando los siguientes criterios: proceso de adaptación cultural realizado (traducción–retrotraducción y estudio piloto de la nueva versión en sujetos españoles), en el caso de instrumentos desarrollados fuera de España; distintos tipos de validez (estructural, convergente-divergente, discriminante); validación/adaptación de las ponderaciones; fiabilidad (consistencia interna, fiabilidad test-retest y fiabilidad entre observadores); validación/adaptación de los puntos de corte de los instrumentos y sensibilidad al cambio. A continuación se describe brevemente cada criterio.

Proceso de adaptación cultural: traducción–retrotraducción y prueba piloto de la nueva versión. La medición de la CVRS implica con frecuencia la utilización de un cuestionario desarrollado originalmente en otro contexto cultural. En ese caso, es necesario adaptar dicho instrumento a la comunidad donde vaya a ser utilizado, mediante un proceso de adaptación cultural cuyo objetivo principal es preservar el contenido semántico en el uso habitual del lenguaje de la nueva traducción, logrando de este modo la equivalencia de significados de los cuestionarios entre ambas culturas. El proceso de adaptación cultural debe realizarse de acuerdo a unos estándares científicos que garantizan la equivalencia cultural de las dos versiones (original y española), en términos lingüísticos y de contenido^{6,7}, siendo inadecuada la utilización de traducciones libres del instrumento original.

El proceso de adaptación cultural de un cuestionario de salud empieza con la traducción al idioma diana del cuestionario original, realizada por 2 o más traductores bilingües (de lengua materna el español) que buscan la equivalencia semántica (no literal) de su con-

tenido utilizando un lenguaje apropiado a la población diana. Posteriormente, uno o más traductores bilingües (de lengua materna el inglés) realizan una traducción al idioma original de esta primera versión y se determinan las discrepancias entre la retrotraducción y la versión original. Una vez consensuada una primera versión del cuestionario, éste se administra en forma de entrevista semiestructurada a un grupo reducido de pacientes (prueba piloto), para evaluar su comprensión, relevancia y aceptabilidad. El proceso de adaptación cultural finaliza con la evaluación de las propiedades psicométricas de la versión final en el nuevo contexto cultural⁸⁻¹⁰.

Validez. La validez de un instrumento de medida representa la bondad con que éste mide el objeto de interés. En el ámbito de la CVRS, por ejemplo, los objetos de medición son conceptos intangibles (p. ej., la función física) evaluados mediante cuestionarios. Existen diversos tipos de validez, según los comparadores y/o las variables externas que se utilicen para valorar esa propiedad¹¹⁻¹³. Se habla de validez estructural de un cuestionario cuando se realiza un análisis factorial de sus ítems, un procedimiento estadístico que permite distribuir y agrupar esos ítems en dimensiones (factores). El contenido de cada dimensión se interpreta según elementos subjetivos relacionados con la teoría subyacente al marco teórico del concepto diana. Por ejemplo, en uno de los primeros estudios de validación de la versión española del cuestionario de salud SF-36 se distinguieron 2 factores principales que se identificaron con las dimensiones física y mental¹⁴.

Por otro lado, la CVRS es un concepto multidimensional en el que una variedad de conceptos afines establecen relaciones muy diversas con él. Cuando un cuestionario establece relaciones esperables y coherentes según el conocimiento teórico, con otras variables o indicadores más o menos relacionados con el concepto diana (p. ej., otros instrumentos que pretenden medir lo mismo), se dice que tiene validez convergente-discriminante. Estudios muy diversos ejemplifican este tipo de análisis de validez^{15,16}. Uno, reciente¹⁵, evaluó la validez de 2 cuestionarios de CVRS para pacientes con infección por el VIH (MOS-HIV y MQOL-HIV), mediante el análisis de su correlación con otros cuestionarios de salud (EuroQol-5D) y con

TABLA 1. Índice GraQol

- | |
|--|
| 1. Traducción y retrotraducción |
| 2. Prueba piloto de la adaptación |
| 3. Validación/adaptación de las ponderaciones |
| 4. Validación estructural |
| 5. Validación convergente |
| 6. Validación/adaptación de los puntos de corte |
| 7. Sensibilidad en distintas poblaciones—validez discriminante |
| 8. Fiabilidad interna |
| 9. Fiabilidad test-retest |
| 10. Fiabilidad entre observadores |
| 11. Sensibilidad al cambio |

Sistema de evaluación de los criterios del índice:
NP: no procede; 0: no se ha efectuado/no se conoce, y 2: se ha efectuado

Suma de la puntuación real en los criterios procedentes
Índice GraQol = $\frac{\text{Suma de la puntuación real en los criterios procedentes}}{\text{Máxima puntuación posible entre los criterios procedentes}} \times 100$

variables clínicas (número de síntomas clínicos asociados a los estadios de la infección por el VIH).

Por último, otro tipo de validez es aquella que permite a un cuestionario discriminar entre grupos de individuos diferentes o entre subpoblaciones de pacientes con una afección determinada. En este sentido, cuando las mediciones de un cuestionario de salud son distintas, por ejemplo, entre pacientes con diferentes niveles de gravedad de una afección, se habla en términos de validez discriminante o sensibilidad en distintas poblaciones. En un estudio de validación del cuestionario de CVRS específico para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se encontró que aquellos con mayores grados de obstrucción, según las medidas clínicas de la función respiratoria (FEV₁), manifestaron una mayor alteración de su estado de salud en todas las dimensiones del cuestionario¹⁷.

Validación/adaptación de las ponderaciones. Generalmente, se asignan valores ordinales a las respuestas de los ítems de un cuestionario; así, para obtener una puntuación global, se suman los valores de la respuesta a cada ítem. Esta forma de puntuación asume que todos los ítems de un cuestionario tienen la misma importancia, por eso todos contribuyen en igual modo en la puntuación final. Sin embargo, a veces se considera que los ítems de un cuestionario tienen una importancia relativa (distinta) para medir el concepto

diana, por lo que se asignan pesos distintos y específicos a cada ítem (ponderaciones), en función de criterios estadísticos o subjetivos (p. ej., no es igualmente limitante tener dificultad para subir una cuesta que no poder andar). De este modo, la puntuación final del cuestionario refleja la relevancia particular de cada ítem. En este sentido, cuando se adapta culturalmente un cuestionario que utiliza este último sistema de puntuación, también es necesario adaptar y validar de nuevo las ponderaciones atribuidas originalmente a cada ítem, porque en la nueva versión pueden haber cambiado las relaciones estadísticas entre los ítems o la importancia que la comunidad atribuye a cada uno de ellos¹¹.

Validación/adaptación de los puntos de corte. En ocasiones, la puntuación global de un instrumento da lugar a valores dicotómicos que subdividen el rango de puntuaciones e indican la presencia o ausencia de un atributo. El punto «de corte» que permite afirmar dicha presencia o ausencia debe ser validado en relación a la población en la que va a ser utilizado¹¹. Por ejemplo, la versión española del Cuestionario de Salud General (GHQ-28) detecta posibles casos psiquiátricos en la población general cuando se contestan afirmativamente 7 de sus 28 ítems, con una sensibilidad y una especificidad del 76,9% y 90,2%, respectivamente¹⁸.

Fiabilidad. La fiabilidad de un instrumento indica la constancia o estabilidad

de los resultados del proceso de medición, cuando éste se repite en circunstancias parecidas, derivándose a partir de aquí diversas modalidades de esta propiedad¹¹⁻¹³.

Los distintos ítems de un cuestionario de salud miden un mismo concepto (p. ej., la CVRS), y por lo tanto se espera que las respuestas a esos ítems estén relacionadas entre sí. En este sentido, la fiabilidad interna o consistencia interna de una escala representa una medida de su homogeneidad, es decir, de la estabilidad de la relación entre los ítems que conforman el instrumento.

Por el contrario, el concepto de fiabilidad test-retest de un cuestionario de CVRS se refiere a la estabilidad temporal de las mediciones del instrumento, cuando las condiciones de medición y el constructo medido no cambian. Así, cuando un instrumento es fiable, la administración del cuestionario en dos ocasiones separadas por un intervalo temporal relativamente breve da lugar a mediciones similares¹².

Por último, en ocasiones, la medida del estado de salud de un sujeto es realizada por varios observadores, quienes deben inferir la puntuación de cada ítem de la escala, en función de su propia percepción. Puesto que ese proceso de inferencia puede llevar a valoraciones (mediciones) distintas, es importante determinar el grado de relación entre las puntuaciones de los observadores. Se dice que un cuestionario tiene una buena fiabilidad entre observadores cuando las puntuaciones obtenidas por distintos evaluadores, en relación a un mismo sujeto, son similares¹¹.

Sensibilidad al cambio. Tradicionalmente, se ha definido la sensibilidad al cambio de un instrumento como su capacidad para reflejar cambios «reales» en el atributo que mide, a lo largo del tiempo¹⁹. Es decir, cuando las puntuaciones de un cuestionario de CVRS cambian consistentemente con el tiempo, debido a un cambio real (positivo o negativo) en el estado de salud de un sujeto (p. ej., a causa de una intervención sanitaria), se dice que ese cuestionario es sensible al cambio.

Sin embargo, se trata de un concepto cuyos límites están aún en discusión. A pesar de que los términos «sensitivity to change» (sensibilidad al cambio) y «responsiveness» se han utilizado indistintamente en la literatura especializada, pa-

ra referirse a la propiedad previamente definida, recientemente¹ se ha propuesto diferenciar entre ambos. En este sentido, la «sensibilidad al cambio» sería una condición sine qua non de la propiedad «responsiveness», la cual implicaría la capacidad del instrumento para medir cambios clínicamente relevantes en el estado de salud de un sujeto^{1,20}. Según estos autores, aunque un cuestionario sea sensible al cambio (y, por ejemplo, obtenga puntuaciones estadísticamente diferentes en distintos momentos temporales ante cambios reales en el estado de salud), dicho cambio en las puntuaciones puede ser insuficiente para reflejar una repercusión clínica importante, desde el punto de vista del sujeto^{1,20}. Así, ambas propiedades pueden evaluarse conjuntamente, como demuestra un estudio reciente en el que se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la CVRS de una cohorte de ancianos, al ingreso y a la salida de un centro de rehabilitación (sensibilidad al cambio), aunque la magnitud de dicho cambio no fue clínicamente importante (responsiveness)²¹.

Evidentemente, las implicaciones de ambas propiedades son muy importantes porque permiten monitorizar el cambio en el estado de salud a lo largo del tiempo debido a intervenciones sanitarias o en ausencia de ellas¹⁹.

Cálculo del índice GraQol

El índice GraQol fue pensado como un instrumento descriptivo del grado de desarrollo de una medida de CVRS, pero no aporta información sobre la calidad de consecución de sus criterios. Para cada uno de los instrumentos encontrados en la revisión de la literatura, los criterios del índice GraQol, definidos antes, fueron ponderados arbitrariamente, con un 0 si no habían sido evaluados o con un 2 si lo habían sido. Se obtuvo un porcentaje resumen del desarrollo de cada instrumento, entendido como la proporción de criterios evaluados, en relación a los evaluados y no evaluados, de todos aquellos criterios procedentes, según el tipo de instrumento. Se consideró que un porcentaje inferior al 50% mostraba un desarrollo pobre del instrumento; mientras que porcentajes que oscilaban en el 50-70%, así como superiores al 70%, implicaban desarrollos aceptables y satisfactorios, respectivamente (tabla 1).

En la presente revisión se indicarán los instrumentos que, por su alto desarrollo psicométrico (GraQol $\geq 70\%$) y sus ca-

racterísticas de factibilidad (tipo y tiempo de administración), resultan más adecuados para su uso en AP.

Resultados

En total se identificaron 61 cuestionarios de salud, de los cuales un 78,7% (48) había sido desarrollado originariamente en otros países (tabla 2). Más de la mitad de los instrumentos identificados (52,5%) eran cuestionarios de CVRS específicos para enfermedades respiratorias, osteoarticulares, neurológicas, cáncer u otras. El resto lo constituyeron instrumentos genéricos de CVRS (18%), de bienestar psicológico (9,8%), de incapacidad funcional (8,2%), de salud social (6,6%) y de dolor (4,9%) (fig. 1).

La figura 2 muestra el porcentaje de parámetros del índice GraQol analizados en los estudios de validación realizados hasta 1999 en España. En general, las propiedades relativas a la validez discriminante, la validez convergente y la fiabilidad interna fueron las más evaluadas (66,6%, 82% y 86,6%; respectivamente), frente a la adaptación/validación de los puntos de corte (25%), la fiabilidad entre observadores (27,7%) y la sensibilidad al cambio (34,4%), siendo los instrumentos específicos de CVRS aquellos que más veces evaluaron esta última propiedad (43,8%), seguido del 36,4% y el 16,7% de los instrumentos genéricos de CVRS y el resto de instrumentos, respectivamente ($p = 0,059$). El proceso de traducción–retrotraducción fue realizado en la mayoría (81,2%) de los instrumentos adaptados.

El índice medio GraQol para los 61 instrumentos encontrados en la revisión indicó un desarrollo aceptable (60,7%). Sin embargo, los instrumentos genéricos de CVRS fueron los más desarrollados respecto a los específicos de CVRS y el resto de instrumentos (medias, 72,9, 62,3 y 50,4, respectivamente; $p < 0,05$) (tabla 3).

TABLA 2. Cuestionarios de salud desarrollados y/o adaptados en España hasta 1999

Origen de los instrumentos	N (%)
Adaptados	48 (78,7)
Desarrollados en España	13 (21,3)
Total	61
Instrumentos validados según período	N (%)
Hasta 1996	25 (41)
De 1996 hasta 1999	36 (59)
Total	61

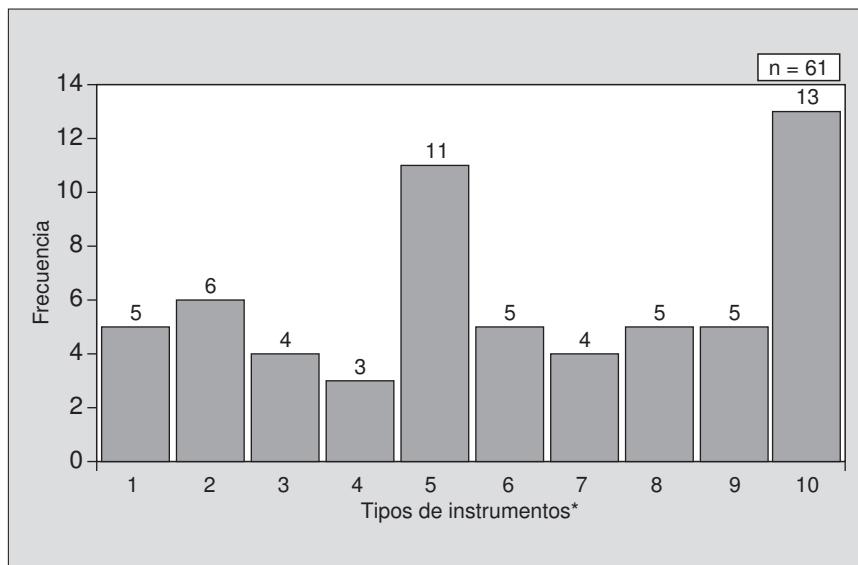


Figura 1. Tipos de cuestionarios de salud disponibles en España hasta 1999. *1: Cuestionarios de independencia funcional; 2: cuestionarios de bienestar psicológico; 3: cuestionarios de salud social; 4: cuestionarios de dolor; 5: cuestionarios de CVRS genéricos; 6: cuestionarios de CVRS específicos para enfermedades del sistema respiratorio; 7: cuestionarios de CVRS específicos para cáncer; 8: cuestionarios de CVRS específicos para enfermedades neurológicas; 9: cuestionarios de CVRS específicos para enfermedades osteoarticulares; 10: miscelánea (cuestionarios de CVRS específicos para enfermedades dermatológicas, genitourinarias, metabólicas, sida, etc.).

En la tabla 4 se muestran las características principales de los 16 instrumentos encontrados en la revisión que, por sus características psicométricas y de factibilidad, resultan más recomendables para su uso en AP. Se distribuyen del siguiente modo: 2 instrumentos de bienestar psicológico, un instrumento de salud social, 5 instrumentos genéricos de CVRS y 8 instrumentos más específicos de CVRS.

Discusión

En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de cuestionarios de salud disponibles en España: en sólo 3 años (de 1996 a 1999) han aparecido 36 nuevos cuestionarios de salud, 11 instrumentos más que en los anteriores 10 años. Esta tendencia coincide con los datos señalados por otros autores según los cuales sólo en 1991 surgieron 161 nuevas medi-

das en el contexto internacional³⁸. En este sentido, y a juzgar por los datos del estudio, el nivel de desarrollo de los cuestionarios de salud en España es satisfactorio, en especial en el caso de los instrumentos genéricos de CVRS, debido probablemente a que fueron los primeros en aparecer y ha habido más tiempo para realizar estudios de validación y de conocer cómo funcionan en la investigación y en la práctica clínica.

Sin embargo, es necesario destacar la ausencia de estudios de validación que evalúen la sensibilidad al cambio en gran parte de los instrumentos revisados, lo que aconseja utilizarlos con precaución en estudios longitudinales. Esta tendencia es menor en los instrumentos específicos de CVRS: su contenido, centrado en dimensiones de CVRS especialmente afectados por una enfermedad en particular (p. ej., dimensión de intimidad con la pareja del cuestionario MQOL para personas infectadas por el VIH), los hacen especialmente interesantes para evaluar el cambio, lo que explica en parte el mayor énfasis puesto en esta propiedad en los estudios de validación de estos instrumentos³⁹.

Sin embargo, la especificidad del contenido de los instrumentos específicos les impide ser utilizados entre grupos de pacientes con distintas enfermedades. En estas ocasiones, se utilizan cuestionarios con dimensiones más genéricas y aplicables a poblaciones muy diversas de pacientes o en la población general, como demuestra, por ejemplo, la utilización reiterada del perfil de salud Sickness Impact Profile⁴⁰ en al menos 20 patologías distintas⁴¹.

Otro aspecto importante a destacar de los resultados del estudio es que tres cuartas partes de los instrumentos disponibles en nuestro contexto cultural se desarrollaron originalmente en otro país. Esto es esperable si tenemos en cuenta que el coste y la dificul-

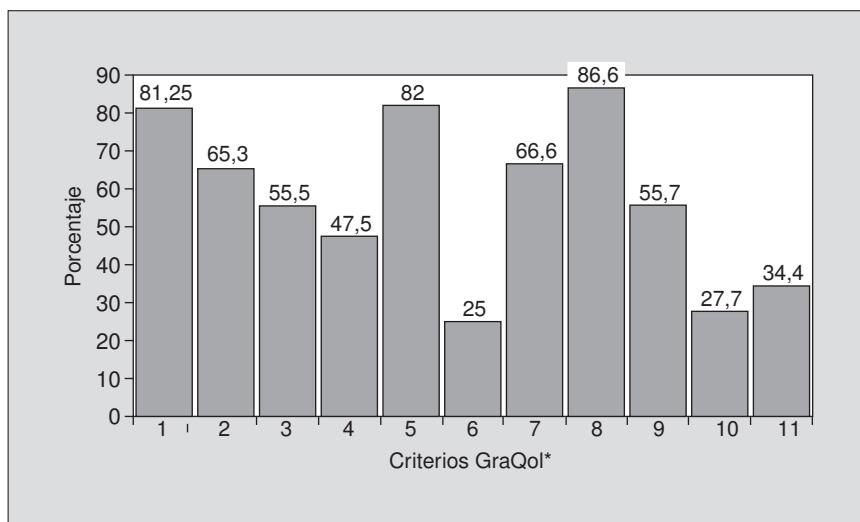


Figura 2. Porcentaje de parámetros del índice GraQol evaluados en los cuestionarios de salud revisados. *1: traducción y retrotraducción de la versión original; 2: prueba piloto de la adaptación; 3: validación/adaptación de las ponderaciones; 4: validez estructural; 5: validez convergente; 6: validación de los puntos de corte; 7: sensibilidad en distintas poblaciones o validez discriminante; 8: fiabilidad interna; 9: fiabilidad test-retest; 10: fiabilidad entre observadores, y 11: sensibilidad al cambio.

TABLA 3. Puntuaciones medias del índice GraQol por tipo de instrumento

Tipo de instrumento	N	Min-max	Mediana	Media (DE)*
Instrumentos genéricos de CVRS	11	25-100	77,7	72,9 (26,4)
Instrumentos específicos de CVRS	32	0-100	64,5	62,3 (22,2)
Otros instrumentos (incapacidad funcional, bienestar psicológico, salud social, dolor)	18	11-80	50	50,4 (20,6)
Total	61	0-100	62,5	60,7 (23,5)

*p < 0,05.

tad de desarrollar adecuadamente un instrumento nuevo son elevados, siendo preferible adaptar medidas previamente existentes⁶. Ante esta situación, no es correcta la mera traducción de la escala al español, sino que debe seguirse la metodología de traducción–retrotraducción.

No todos los cuestionarios de salud adaptados o desarrollados en España son adecuados para ser utilizados razonablemente en AP. Por un lado, se encuentran las limitaciones derivadas de la aplicación individual o agregada de estos instrumentos; por otro, la variedad relativa de instrumentos que se adapten a las necesidades y objetivos de medición en AP⁴². Aunque

no hay muchas recomendaciones al respecto, algunos autores³ consideran imprescindible que dichos cuestionarios sean robustos psicométricamente y factibles (p. ej., que impliquen poca carga de trabajo para el paciente y el profesional sanitario). En el presente estudio, cuando se han tenido en cuenta de modo flexible estos requisitos para seleccionar aquellos instrumentos más adecuados para AP, el número de instrumentos seleccionados para su uso en AP se ha reducido de 61 a 16.

En algunos casos, existen instrumentos diseñados específicamente para su uso en pacientes de AP, como las láminas COOP-WONCA²⁹ o el cuestionario PECVEC para

pacientes crónicos^{26,27}. En otros casos, los instrumentos no han sido diseñados específicamente para su uso en AP, pero por su sencillez o brevedad parecen adecuados en este ámbito (p. ej., el cuestionario EuroQol²⁸; el cuestionario AP-GAR de función familiar^{23,24}; el Cuestionario de Incapacidad debida a la Fobia Social²²; el cuestionario IPSS para evaluación de la hiperplasia benigna de próstata³⁶; el Índice de Calidad de Vida en Dermatología³⁵, o el Cuestionario VF-14 para la evaluación del impacto de las cataratas³⁷).

El resto de instrumentos susceptibles de ser utilizados en AP disponen, al igual que los anteriores, de estudios de validación bastante completos. Sin embargo, el número de ítems es sensiblemente superior (20-40), lo cual incrementa el tiempo de administración y la carga de trabajo para el paciente y para el profesional sanitario. Por ello es cada vez más frecuente la utilización de métodos estadísticos (p. ej., análisis Rasch) dirigidos a reducir el número de ítems de los cuestionarios de salud, sin comprometer sus propiedades de medición. El resultado son cuestionarios de CVRS breves, robustos psicométricamente y de administración rápida. Entre los cuestionarios desarrollados en España con este fin se encuentran el ECOS-16 específico para mujeres con osteoporosis⁴³, el cuestionario MINICHAL para pacientes con hipertensión arterial (actualmente en fase de validación)⁴⁴, y el cuestionario de CVRS genérico SF-12⁴⁵, así como el Mini-OQLQ, también específico para mujeres con osteoporosis, desarrollado recientemente en Canadá⁴⁶.

En conclusión, existen algunos instrumentos genéricos y específicos que, por ser psicométricamente robustos y tener un tiempo de administración corto, pueden ser usados en pacientes de AP. Sin embargo, la elección del instrumento va a depender de los objetivos que se planteen (p. ej., monitorizar la CVRS de

TABLA 4. Descripción de los cuestionarios de salud disponibles en España para su uso en atención primaria

N.º	Nombre	Objetivo medida	Población diana	N.º de ítems	Tiempo aproximado (min)*	Tipo de administración	Índice de Grafol (> 70%)	Referencias principales	Comentarios
1	GHQ-28	Cribado de trastornos psiquiátricos no psicóticos	Población general y pacientes no psiquiátricos	28	3-4	AA	80%	18	Existe una versión breve de 12 ítems (GHQ-12)
2	Cuestionario de Incapacidad de Sheehan	Evaluación del impacto de la fobia social en términos de incapacidad	Pacientes con fobia social	5	-	AA	75%	22	-
3	Cuestionario APGAR	Evaluación del impacto de la función familiar en la salud	Población general y pacientes	5	-	AA/AE	70%	23, 24	-
4	Cuestionario de CV	Evaluación de la CVRS	Población general y paciente	39	-	AA	100%	25	Desarrollado en España
5	PECVEC	Evaluación de la CVRS en pacientes crónicos	Pacientes crónicos	40 (módulo central)	15-20	AA/AE	77,7%	26, 27	Diseñado para su uso en la práctica clínica
6	EuroQol	Evaluación de la CVRS	Población general y pacientes	6 (5 + 1)	< 5	AA	100%	28	-
7	Láminas Diseñado para COOP-WONCA	Evaluación de estado funcional de atención (físico, emocional primaria y social)	Pacientes	7 (con apoyo visual)	-	AA	87,5%	29	su uso en la práctica clínica
8	SF-36	Evaluación de la CVRS	Población general y pacientes	36	5-10	AA	77,7%	30	
9	Cuestionario de CVRS para el asma	Evaluación de la CVRS en pacientes con asma	Pacientes con asma	20	10	AA	87,5%	31	-
10	Cuestionario Rotterdam para cáncer	Evaluación de la CVRS en pacientes con cáncer	Pacientes con cáncer	39	15	AA/AE	88,8%	32	-
11	CAVIDRA	Evaluación de la CVRS en adolescentes con enfermedades raquídeas	Pacientes adolescentes con deformidades de la columna vertebral	21	10	AA	83,3%	33	Desarrollado en España
12	AGHDA	Evaluación de la CVRS en pacientes con déficit de la hormona del crecimiento	Pacientes con déficit de hormona del crecimiento	25	-	AA	88,8%	34	-
13	MOS-HIV	Evaluación de la CVRS en pacientes con VIH	Pacientes con infección por el VIH	35	15	AA/AE	70%	15	-
14	Índice de CV en dermatología	Evaluación de la CVRS en pacientes de dermatología	Pacientes con afecciones dermatológicas	10	10	AA	77,7%	35	-
15	IPSS	Evaluación de los síntomas y la CVRS asociados a la HBP	Pacientes con HBP	8	-	AA/AE	80%	36	-
16	VF-14	Evaluación de las limitaciones funcionales causadas por las cataratas	Pacientes con cataratas	14	-	AA/AE	100%	37	-

*Tiempo aproximado para la administración del cuestionario, según cada autor.

AA: autoadministrado; AE: administrado por entrevista, y HBP: hiperplasia benigna de próstata.

pacientes o evaluar distintas intervenciones) y de su contenido (dimensiones e ítems). Los potenciales beneficios de su uso sistemático en la práctica clínica están aún por determinar, pero se ha sugerido que mejora el conocimiento del impacto de la enfermedad en el paciente para facilitar su control y manejo clínico, describe su estado de salud global, y beneficia la comunicación médico-paciente⁴⁷.

Bibliografía

1. Liang MH. Longitudinal construct validity. Establishment of clinical meaning in patient evaluative instruments. *Med Care* 2000; 38 (Supl II): 84-90.
2. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Medida de la calidad de vida en los servicios sanitarios I: aplicaciones y aspectos a valorar. *BMJ* (ed. esp.) 1992; 305: 1074-1077.
3. Kazis I, Callahan I, Meenan R, Pincus T. Health status reports in the care of patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 1243-1253.
4. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Qual Life Res* 1995; 4: 293-307.
5. Badia X, Baró E. Level of development of health and health-related quality of life measurement instruments in Spain [abstract]. *Qual Life Res* 1999; 8: 631.
6. Badia X. Sobre la adaptación transcultural de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud para su uso en España (editorial). *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 56-58.
7. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1417-1432.
8. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. «Equivalence» and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res* 1997; 6: 237-247.
9. Badia X, Herdman M. Adaptación transcultural al español de los cuestionarios OQLQ y QUALEFFO para la evaluación de la calidad de vida re-
- lacionada con la salud de mujeres con fractura vertebral osteoporótica. *Rev Esp Enf Metab Osea* 1999; 8: 135-140.
10. Badia X, García-Losa M, Dal-Ré R. Ten-language translation and harmonization of the International Prostate Symptom Score: developing a methodology for multinational clinical trials. *Eur Urol* 1997; 31: 129-140.
11. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas en español. Barcelona: Edimac, 1999.
12. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory* (3.^a ed.). Nueva York: McGraw-Hill, 1994.
13. Prieto L, Badia X. Cuestionarios de salud: conceptos y metodología. *Aten Primaria* 2000; 28: 349-356.
14. 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: 771-776.
15. Badia X, Podzamczer D, García M, López-Lavid C, Consiglio E. A randomized study comparing instruments for measuring health-related quality of life in HIV-infected patients. Spanish MOS-HIV and MQOL-HIV Validation Group. *Medical Outcomes Study HIV Health Survey. AIDS* 1999; 13: 1727-35.
16. 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.
17. Güell R, Casan P, Sangenis M, Morante F, Belda J, Guyatt GH. Quality of life in patients with chronic respiratory disease: the Spanish version of the Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ). *Eur Respir J* 1995; 11: 55-60.
18. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986; 16: 135-140.
19. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and Responsiveness of Health Status Measures. *Statistics and Strategies for Evaluation. Control Clin Trials* 1991; 12: 142-158.
20. Epstein RS. Responsiveness in Quality-of-Life Assessment. *Nomenclature, Determinants and Clinical Applications. Med Care* 2000; 38 (Supl II): 91-94.
21. Stadnyk K, Calder J, Rockwood K. Testing the measurement properties of the Short Form-36 health survey in a frail elderly population. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 827-835.
22. Bobes J, Badia X, Luque A, García M, González MP, Dal-Ré R. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 530-538.
23. Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18: 289-296.
24. Casarrubios E, Lareo J, Arribas JM, Friyero JE. Uso del índice Apgar familiar en medicina familiar: medida de la disfunción familiar inducida por el alcohol. Experiencia inicial con 201 pacientes. *Med Clin (Barc)* 1988; 91: 732-735.
25. Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the «Quality of life Questionnaire» («Cuestionarios de Calidad de Vida», CCV): a generic health-related perceived quality of life instrument. *Eur J Psychol Assess* 1993; 9: 19-32.
26. 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: 245-250.
27. Fernández-López JA, Rancaño García I, Hernández-Mejía R. Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC del Perfil de calidad de vida para enfermos crónicos. *Psicothema* 1999; 11: 293-303.
28. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 79-85.
29. Lizán L, Reig A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 1999; 24: 75-82.
30. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de la salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410-416.
31. Perpiñá M, Belloch A, Marks G, Martínez-Moragón E, Pascual LM, Comp-

- te L. Assessment of the reliability, validity and responsiveness of a Spanish Asthma Quality of Life Questionnaire. *J Asthma* 1998; 35: 513-521.
32. Agra Y, Badia X. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del Rotterdam Symptom Checklist para medir la calidad de vida en pacientes oncológicos. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 35-44.
33. Climent JM, Reig A, Sánchez J, Roda C. Construction and validation of a specific quality of life instrument for adolescents with spine deformities. *Spine* 1995; 20: 2006-2011.
34. Lucas A, Gilsanz A, Leal A, Badía X, Herdman M, Ulle Mot. Propiedades de medición y utilidad clínica de la versión española del QoL-AGHDA: un instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos con déficit de hormona del crecimiento. *Endocrinología y Nutrición* 1999; 46: 282-287.
35. De Tiedra AG, Mercadal J, Badia X, Mascaró JM, Herdman M, Lozano R. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): el Índice de Calidad de Vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliograf* 1998; 89: 692-700.
36. Badia X, García-Losa M, Dal-Ré R, Carballido J, Serra M. Validation of a harmonized Spanish versión of the IPSS: evidence of equivalence with the original American scale. *Urology* 1998; 52: 614-620.
37. Alonso J, Espallargues M, Andersen TF, Cassard SD, Dunn E, Bernth-Petersen P. International Applicability of the VF-14. An index of visual function in Patients with Cataracts. *Ophthalmology* 1997; 104: 799-807.
38. Spilker B. Standardisation of quality of life trials: an industry perspective. *Pharmacoeconomics* 1992; 1: 73-5.
39. Badia X, Podzamczer D, Casado A, López-Lavid C, García M. Evaluating changes in health status in HIV-infected patients: Medical Outcomes Study-HIV and Multidimensional Quality of Life-HIV quality of life questionnaires. Spanish MOS-HIV and MQOL-HIV Validation Group. *Medical Outcomes Study Health Survey AIDS* 2000; 14: 1439-1447.
40. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-805.
41. Patrick DL, Erickson P. Types of health-related quality of life assessments. *Health Status and Health Policy – Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Nueva York: Oxford University Press, 1993.
42. Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Medida de la calidad de vida en los servicios sanitarios II: Diseño, análisis e interpretación. *BMJ* (ed. esp.) 1992; 305: 1145-1148.
43. Badia X, Prieto L, Roset M, Díez-Pérez A. Desarrollo del cuestionario clínico ECOS-16 para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoporosis. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (Supl): 68-75.
44. Prieto L, Badia X, Roset M, Roca-Cusachs A, Dalfó A, Arístegui I. Rasch measurement for reducing the items of the arterial hypertension questionnaire (CHAL). *Proceedings of the XXVII International Congress of Psychology*, 23-28 de julio de 2000, Estocolmo, Suecia.
45. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1171-1178.
46. Cook DJ, Guyatt GH, Adachi JD, Epstein RS, Jupiter EF, Austin PA. Development and validation of the mini-osteoporosis quality of life questionnaire (OQLQ) in osteoporotic women with back pain due to vertebral fractures. *Osteoporosis Quality of Life Study Group*. *Osteoporos Int* 1999; 10: 207-213.
47. Greenfield S, Nelson EC. Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings. *Med Care* 1992; 30 (Supl): 23-41.