

2005

Impacto sobre la calidad de vida de las personas de edad que han desarrollado el síndrome doloroso regional complejo tipo I

Passerini, Amalia S.

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/869>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Terapia Ocupacional

Tesis :

**Impacto sobre la calidad de vida de las personas de edad
que han desarrollado el Síndrome Doloroso Regional
Complejo tipo I**

Para optar al título de Licenciatura en Terapia Ocupacional



Amalia S. Passerini

Policlínico PAMI II de Rosario
Servicio de Fisiatría - Terapia Ocupacional

Rosario - Santa Fe - República Argentina -

2005

Agradecimientos:

A todas aquellas personas que me ayudaron a continuar en estos tiempos tan difíciles para mí, especialmente:

- **A mi Directora Susana Cabrera y su familia**
- **A mi co-Directora Norma Gordillo**
- **A mi querido amigo el Dr. Mario Heler**
- **A Ana Laura Auzmendis**
- **A el Doctor Rodrigo Banegas con quien compartí durante años el Interés por el tema.**
- **A mis compañeras – amigas de trabajo: Mariela Tropea, Mónica Cerrone y Nora Teran.**
- **A Fabiana y Javier.**

A Emilio
A mis padres
A mis pacientes
A Guido, Ciro y Sofía



Directora

Mg. Sc. Licenciada en Terapia Ocupacional

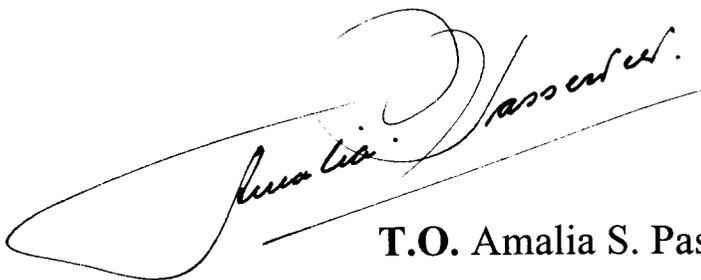
Susana Beatriz Cabrera



Co-Directora

Mg. Sc. Licenciada en Terapia Ocupacional

Norma Susana Gordillo



T.O. Amalia S. Passerini

DNI 10.228.745

INDICE

	Página
• Tema	1
• Introducción	6
• Estado actual de la cuestión	10
• Marco conceptual	19
• Fundamentación	34
• Problema	34
• Objetivos Generales	34
• Hipótesis	35
• Análisis teórico de Facetas y Dominios (WHOQOL 100).....	36
• Características de la muestra.....	49
Atributos de la población de la muestra.....	52
• Resultados del test de Calidad de Vida	55
• Conclusiones	78
• Bibliografía General.....	83
• Anexos.....	85

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo me propongo realizar un estudio del impacto del Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) Tipo I en la calidad de vida de pacientes de edad que han sufrido una fractura de extremo distal de radio y que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional en el Policlínico PAMI II de Rosario. Con el fin de medir el impacto del SDRC en la calidad de vida (CV) de los pacientes en estudio mediante la utilización del instrumento WHOQOL 100 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para investigaciones epidemiológicas que permitirán obtener datos detallados de calidad de vida a partir de una población particular.

En los últimos tiempos se ha hecho frecuente el uso del término "calidad de vida" en diversas áreas de estudio. Políticos, economistas, médicos, psicólogos, educadores, sociólogos y periodistas lo usan indistintamente al tiempo que representa una premisa o aspiración que ha sido sustento de todo tipo de discursos. Su estudio constituye un terreno donde distintos especialistas aportan diferentes enfoques. Los ambientalistas ponen el énfasis en el entorno físico-biológico, los economistas en los indicadores de desarrollo económico, los médicos en los síntomas, los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción... Pero pese a su fuerte presencia en los diferentes ámbitos profesionales, se debate aún hoy en día la problemática que conlleva su aplicación: su naturaleza, objetiva o subjetiva; su delimitación respecto de enfoques afines; su estructura, dimensional o global; como así mismo los instrumentos y las medidas idóneas para su evaluación.

La CV es un concepto que, bajo nuevas condiciones de aplicación y medición, ha sido últimamente utilizado también en los estudios relacionados con la salud. La elaboración de cuestionarios autoadministrados o administrados por un entrevistador, que intentan medir la CV, se utilizan para medir diferencias entre grupos de pacientes en un momento del tiempo, o para medir cambios en la salud de los pacientes a lo largo del tiempo. Esta posibilidad de medir la salud es especialmente importante en la evaluación de las consecuencias de las enfermedades crónicas. Por supuesto, las medidas de estudios fisiológicos proporcionan datos imprescindibles para los

profesionales de la salud, pero tienen un interés limitado para los pacientes. Asimismo, los datos proporcionados por las encuestas sobre CV brindan a los médicos clínicos importante información sobre los efectos de una enfermedad en sus pacientes, así como les permite evaluar los efectos de un tratamiento y el progreso de sus pacientes, permitiéndoles de esta manera recomendar o detener un tratamiento. Por su parte, los investigadores de diseños experimentales y no experimentales, desean medir la eficacia y la efectividad de los tratamientos; los administradores sanitarios, por último, desean medir la salud de los pacientes en tanto indicador de la calidad de atención sanitaria y con el fin de monitorear la efectividad de las diferentes estructuras organizativas. Las encuestas sobre calidad de vida son capaces de brindar información útil a todos estos profesionales ligados a la salud.

La medición de la *Calidad de Vida Relacionada con la Salud* (CVRS) es una novedosa tecnología comunicativa que toma en cuenta el punto de vista del paciente, permitiéndole participar en el proceso terapéutico. Por esta razón, la CVRS es más que una nueva tecnología ligada a la salud; lleva implícita en su interior una nueva concepción filosófica de la forma en que ha de practicarse la medicina, revalorizando el punto de vista de la percepción subjetiva del paciente. No resulta superfluo recordar aquí las palabras del célebre filósofo español: "El punto de vista individual me parece el único punto de vista desde el cual puede mirarse el mundo en su verdad. Otra cosa es un artificio... Cada individuo es un órgano de percepción distinto de todos los demás y llega a trozos de universo para los otros inasequibles. La realidad, pues, se ofrece en perspectivas individuales. Lo que para uno está en último plano, se halla para otro en primer término [...]" (Ortega y Gasset, 1916). El concepto de CVRS constituye pues un intento de humanización de la medicina que intenta otorgar al individuo la posibilidad de expresar con validez su punto de vista respecto de su propio estado de salud.

Las mediciones de la CVRS han experimentado un importante incremento en la última década y su incorporación ha sido propuesta, de manera rutinaria, en la clínica práctica y en los estudios epidemiológicos. Pero una cuantificación de la calidad de vida no sólo es deseable para el objetivo médico de la toma de decisiones, sino que es insustituible si se desea investigar las ventajas e inconvenientes de las nuevas terapias y/o tecnologías. De este modo, la CVRS se ha convertido en una eficaz manera de evaluar los servicios sanitarios y optimizar los recursos, al tiempo que ofrece al paciente la oportunidad de reforzar su papel en la relación médico-paciente aportando sus

percepciones y puntos de vista (medicina centrada en el paciente). Recientemente se ha añadido un nuevo enfoque a la "clásica" utilización de las medidas de CVRS como paradigma de "outcomes". Para este nuevo enfoque -que podemos denominar paradigma "predictor"- una calidad de vida mejorada influye favorablemente en la evolución de la enfermedad.

Por su parte, el *Síndrome Doloroso Regional Complejo* (SDRC) se manifiesta en una variedad de condiciones dolorosas que siguen generalmente a una lesión de radio de predominio distal que, tanto en su duración como en la magnitud, exceden el curso clínico esperado del evento incitador. Frecuentemente el SDRC produce un compromiso significativo de la función motora y muestra una progresión variable en el tiempo. El dolor constituye el síntoma sin el cual no se puede hacer el diagnóstico de SDRC. El diagnóstico del síndrome es complejo y reviste un carácter regional. Su complejidad se debe a la naturaleza variable de la sintomatología en el transcurso de la enfermedad y la variedad de cambios de tipos inflamatorios, autonómicos, cutáneos, motores y distróficos que puede presentar. Es de carácter regional debido a la distribución de los síntomas.

El SDRC puede producirse a cualquier edad, aunque es más frecuente entre los 40 y los 60 años¹. Puede afectar tanto a hombres como a mujeres, pero su frecuencia es mayor en las mujeres. En fases iniciales los pacientes experimentan una molestia intensa, crónica y de difícil control, fuera de proporción con la lesión original. La descripción más frecuente del síntoma es la de una sensación quemante que aparece en forma espontánea (fenómeno conocido como alodinia) o en respuesta a estímulos mínimos (hiperalgesia). Este padecimiento, que en un principio está localizado en el territorio de un nervio o dermatoma específico, pronto se disemina por las áreas circundantes hasta comprometer extensos segmentos corporales. Con el paso del tiempo aparecen cambios locales que reflejan un estado de disfunción autonómica. Los más comunes incluyen hipotermia de la piel, cianosis, sudoración y edema. Al tiempo que las uñas se tornan onduladas y quebradizas, desaparecen los folículos pilosos, los músculos sufren atrofia y los huesos experimentan osteoporosis acompañado por

¹ Cabe destacar que si bien este síndrome afecta principalmente a personas mayores de 40 años, el número de casos de este síndrome entre los adolescentes y los adultos jóvenes está en aumento.

formaciones quísticas y erosiones subcondrales. En algunas personas tales síntomas están asociados a movimientos involuntarios focales, multifocales o generalizados; siendo la distonía, el temblor y las mioclonías los ejemplos más representativos.

En conjunto, tales síntomas ocasionan incapacidad funcional que, junto a la mala respuesta a los tratamientos convencionales, termina por generar hondas repercusiones psicológicas. Por ello, el insomnio, la ansiedad y la depresión son trastornos comunes en tales pacientes. El carácter complejo y multidimensional del SDRC lo hace particularmente susceptible de ser evaluado mediante la utilización de instrumentos de medición de CVRS a los efectos de medir ese supuesto impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida de los pacientes y orientar el tratamiento.

A partir de su reciente desarrollo, la Organización Mundial de la Salud recomienda la utilización del instrumento WHOQOL 100 para investigaciones epidemiológicas que permitirán obtener datos detallados de calidad de vida a partir de una población particular, facilitando la comprensión de enfermedades y el desarrollo de métodos de tratamiento. En la clínica práctica este instrumento permite asistir a los clínicos en la elaboración de juicios acerca de las áreas en las cuales el paciente está más afectado por la enfermedad y evaluar los cambios en la calidad de vida durante el transcurso del tratamiento.

Como una profesión nacida del interés por la relación recíproca entre conducta y salud, la Terapia Ocupacional (TO), enfatizó la CV mucho antes que la expresión fuera de uso corriente. Ya en la década del '70, Englenhardt (1977)² destacaba esta relación cuando afirmaba que la gente se encuentra saludable o enferma de acuerdo a las actividades o funciones que ellos se proponen y pueden realizar. En tanto que la calidad de vida de las personas es para la disciplina de la Terapia Ocupacional una preocupación central, consideramos que la medición de la CVRS constituye una importante herramienta a considerar para quienes en su trabajo cotidiano relacionado con la salud, se empeñan en mejorar la calidad de vida de quienes de ellos dependen.

² CHRISTIAN – SEN CHARLES (1996). *Gerenciamiento, oportunidades y cambios para la TO en los sistemas emergentes del siglo XXI*. Revista AJOT june 1996, Volume 50 number 6

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Al abordar el desarrollo actual de los estudios de CVRS encontramos tres grandes grupos de problemas para el tratamiento del concepto de “calidad de vida”: el primero de estos grupos está ligado a la falta de precisión a la hora de definir la noción de “calidad de vida”; el segundo grupo de problemas está determinado por la naturaleza misma de la calidad de vida, pues ésta comporta elementos tanto de índole subjetiva como objetiva; el tercero y último grupo se refiere a la problemática de la evaluación y cuantificación de la CV.

Concepto de “calidad de vida”

El concepto de “calidad de vida” se presenta desde bajo una primera mirada como un concepto de difícil definición dada su *indistinción conceptual*, determinada en gran parte por su naturaleza compleja. Como sucede con muchos otros conceptos, ha sido más frecuente el intento de aplicar que el de definir la CV, teóricamente suele ser confundida con otras nociones como “bienestar”, “nivel de vida”, “satisfacción” y “felicidad”. En realidad, el concepto de CV es una noción amplia y ambigua. Si a un fenómeno tan complejo como la vida humana se la despoja de sus aspectos cuantificables, todos los atributos restantes corresponden a la calidad. La “cantidad de vida” puede ser expresada en años de esperanza de vida, a través de tasas de mortalidad, etc., pero la calidad de vida requiere de otro tipo de indicadores.

Levi y Anderson, recogiendo una propuesta de la ONU, definen la CV como una “[...] medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa.” (1980, p. 7). Por su parte, Andrews y Withey (1976) insisten en que la calidad de vida no se refiere al reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación que de ellas hace el individuo. La variedad de definiciones propuestas es muy grande, sin embargo existe en la actualidad un cierto consenso entre los autores en definirla haciendo, simplemente, referencia al bienestar de las personas.

Naturaleza de la “calidad de vida”

El segundo grupo de problemas en torno al concepto de “calidad de vida” está asociado con la naturaleza misma de la CV formada por componentes *subjetivos* y *objetivos*. A los componentes de tipo subjetivos corresponden definiciones globales basadas en el bienestar y sus dos indicadores básicos: la satisfacción y la felicidad. El componente objetivo, por su parte, se refiere a las condiciones materiales y al nivel de vida, e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto de su situación (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico, etc.) y que suelen aparecer en las definiciones multidimensionales usadas para el desarrollo de instrumentos de medición.³ Pero esta cuestión de la objetividad introduce el viejo problema de quién debe hacer la evaluación: un observador externo o el propio sujeto. Esto es particularmente importante en lo que se refiere a la CVRS, y, especialmente, en la resolución de los problemas metodológicos en trabajos e investigaciones del área. En los últimos años, se ha priorizado el estudio del componente subjetivo y la naturaleza psicológica del paciente, esto es, la evaluación hecha por el propio individuo.⁴ Bajo esta perspectiva, se ha interpretado que las condiciones "objetivas" se refractan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierten en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar y felicidad; evidentemente, no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinados por el “nivel de vida”

Ahora bien, si la CV depende de una valoración subjetiva, cada persona debe ser considerada la más capaz para sopesar las propias satisfacciones e insatisfacciones.⁵ A este respecto, es conocido el trabajo de Jachuk y Cols. (1982)⁶, quienes basados en entrevistas a médicos, pacientes y familiares, en donde se interrogaba a propósito de la

³ Cfr. Grau J.: *Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación*. Tesis para la opción del título de Especialista de I° Grado en Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García", Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, 1997

⁴ Cfr. De Haes JC, Van Knippenberg: *Quality of life of cancer patients: review of the literature*, En Aaronson NK, Beckman J Ed. *The quality of life of cancer patients*. Nueva Cork, Raven Press, 1987; cfr. también con: Lara-Muñoz MC, Ponce de León S, de la Fuente JR.: *Conceptualización y medición de calidad de vida de pacientes con cáncer*, *Inv Clin*, 1995, 47 (4): 315-27. Véase también: Grau J., *Ob. Ant Cit.*

⁵ Véase: Gill TM, Feinstein AR.: *A critical appraisal of the quality of Quality-of-life Measurements*, *JAMA*, 1994; 272 (8): 619-25. También: Winefeld HR. *Quality of life in chronic diseases*. En: *Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society*, Univ. de Alicante, I, 1995, 286-303.

⁶ Citado por Friedman HC, Di Matteo RD. *Health Psychology*. London, Prentice Hall, 1989

CV de personas hipertensas que habían iniciado un nuevo tratamiento, observaron que el 100 % de los médicos consideraba que había mejorado la CV de sus pacientes, mientras que sólo el 49 % de los enfermos percibieron alguna mejoría y el 96 % de los familiares consideraban que la CV de los pacientes se mantenía igual o había empeorado. Discernir de qué depende este tipo de divergencia es la clave para mejorar realmente la CV de las personas.

El papel de los factores psicológicos que condicionan el grado de satisfacción o bienestar es determinante para el proceso de evaluación. Así, desde el campo de la Psicología, la CV se convierte en un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones de la vida; se centra en la percepción de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma. Si se considera que la CV debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de sus ambientes de vida, y, por tanto, depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva debe subrayarse el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas.

Un problema de trascendencia metodológica que se discute actualmente es el de los componentes, es decir, si la CV debe entenderse como una medida global que se evalúa en su totalidad o si se define en función de determinadas dimensiones relevantes en un contexto determinado. Muchos autores han discriminado distintas esferas o dimensiones de la CV, entre ellos podemos nombrar a Flannagan (1978)⁷, Hutchinson y Cols. (1979)⁸ y Jenkins y Cols. (1990)⁹. Pero últimamente se observa cierto consenso en considerar a la CV total como un constructo incluyente de todos los factores que impactan sobre la vida del individuo.

Evaluación de la Calidad de vida

Un tercer grupo de problemas al que se enfrentan los investigadores de la CV es el de las dificultades inherentes a su evaluación. Su naturaleza bipolar objetiva-subjetiva y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada, otorgan a la evaluación diversos

⁷ Flannagan J.A.: *A research approach to improving our quality of life*. American Psychologist, 1978; 33: 138-47

⁸ Hutchinson A., Farndon J., Wilson R.: *Quality of survival of patients following mastectomy*, Clin Oncol, 1979; 5: 391

⁹ Jenkins C.D., Jono R.T., Stanton B. et al. *The measurement of health related quality of life. Major dimensions identified by factor analysis*, Soc Sci. Med., 1990; 31: 925-31.

matices en función de la alternativa a ejecutar. A estos problemas se añade el que los instrumentos con los que se cuenta no siempre cumplen los requisitos mínimos para la construcción y generalización de resultados.

Un problema instrumental frecuente es el de la validez y la fiabilidad de los métodos de evaluación. Para poder medir con fiabilidad hay que suponer cierta fidelidad en la medición de la variable medida. Sin embargo, este supuesto no resulta válido en muchas mediciones de CV; en particular, cuando se intenta evaluar el estado de salud o el impacto de una enfermedad a través del establecimiento del nivel de bienestar subjetivo. La validez del análisis depende considerablemente de la definición operacional de la variable medida. Por este motivo, muchos autores reportan dificultades para el establecimiento adecuado de criterios y, por tanto, para la validación del propio instrumento de análisis.

La primera característica que debe tener un instrumento de evaluación es la de ser consistente. Teniendo en consideración esta dificultad más arriba señalada, Gill y Feinstein (1994) han introducido el concepto de "validez aparente" para explicar y suplir la falta de claridad en el significado y medición de la CV. Estos autores afirman que: "[...] desde los años 70, las mediciones de la CV han aumentado desde una pequeña industria hasta una gran empresa académica. Además, el desarrollo de nuevos instrumentos para medirla se ha hecho más complejo y actualmente se caracteriza por una multiplicidad de pasos que consumen tiempo y una intensa labor en la selección de items, su reducción posterior, pre-pruebas y evaluaciones cuantitativas para lograr reproducibilidad y validez [...]". En consecuencia, se preguntan "si los principios psicométricos académicos, aunque quizás estadísticamente elegantes, serían satisfactorios para las metas clínicas de indicar lo que los médicos y los pacientes perciben como CV [...]".¹⁰ Desde la perspectiva de la Psicología y la Salud, la evaluación de la CV tiene como objetivos principales determinar los efectos de los cuidados de salud como intervenciones positivas, estimar las necesidades de la población, optimizar las decisiones terapéuticas y estudiar las causas e impacto de variables psicosociales intervinientes en el estado de salud¹¹. Estas tareas han adquirido especial relevancia en los últimos años para el estudio de pacientes de edad avanzada, ya que el interés médico se centra actualmente no sólo en la supervivencia sino en una

¹⁰ Gill TM, Feinstein AR. Ob. Ant. Cit

¹¹ Cfr. Moreno B, Ximénez C. *Evaluación de la calidad de la vida*. En: Buéla-Casal G, Caballo VE, Sierra JC (Eds) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, 1996, 1045-70.

supervivencia que optimice la calidad de vida. El hecho de que la mayoría de los estudios evaluativos se ha desarrollado en el campo de la Salud no es, entonces, casual. Es frecuente, incluso, encontrar en la literatura especializada el concepto "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS). La salud es considerada uno de los principales valores del hombre, uno de los determinantes más importantes de la CV total, que repercute en el resto de las facetas o valores presentes en la CV. Por ello, muchos autores consideran que el concepto de salud no sólo es el valor predominante sino aglutinante de las distintas esferas o dimensiones de la CV.

Teniendo en cuenta que las medidas usadas para evaluar la CV se han utilizado frecuentemente para estimar la satisfacción y el bienestar subjetivo, así como para determinar los niveles de salud o medir la preservación de habilidades funcionales ante la enfermedad, sería imposible obviar una referencia panorámica a estas tendencias.

La evaluación del bienestar subjetivo se ha hecho con diferentes tipos de escalas y cuestionarios dirigidos, por un lado, al estudio de la "satisfacción" global de la vida (considerando esa "satisfacción" como un componente esencialmente cognitivo que expresa la valoración por parte del sujeto de las discrepancias entre sus expectativas y los logros alcanzados) y, por el otro, a la investigación de la "felicidad", componente de mayor connotación emocional que expresa el grado de afectividad positiva, es decir, alegría y regocijo como un estado actual.

La propuesta de un modelo multidisciplinar de salud, con su enfoque positivo, el desarrollo de los modelos salutogénicos en relación con la personalidad y algunos otros aspectos, hacen complejo el proceso de instrumentación de estas medidas. Así, si se considera que en el enfoque positivo de la salud son relevantes las habilidades para enfrentarse a situaciones difíciles, el mantenimiento de fuertes sistemas de apoyo social, la integración en la comunidad, una alta moral y autoestima, el bienestar psicológico y el buen funcionamiento físico, se podrá comprender cuán difícil resulta la aplicabilidad de estos modelos en función de la evaluación de la CV. Varios autores emplean indistintamente los términos "estado de salud" y "CV", y los evalúan con los mismos instrumentos. De acuerdo con Spitzer (1987) y Lara-Muñoz (1995), estos conceptos deben ser diferenciados en función del tipo de sujetos que se pretende evaluar. En el caso de los estados de salud, el foco sería la población en general, sana o enferma, y el propósito es tener una medición grupal. Por el contrario, en el caso de la evaluación de

la CV, resulta pertinente restringirla a la experiencia individual, según sea afectada, digamos, por la enfermedad.

Gill y Feinstein en el trabajo más arriba mencionado apoyan esta diferenciación; ellos señalan que:

"[...] desafortunadamente, mientras se logran con rigor las metas estadísticas los investigadores pueden olvidar que la CV es un atributo del paciente (sujeto) como persona. Consecuentemente, mientras declaran medir CV, muchos investigadores están realmente midiendo varios aspectos del status de salud. Los instrumentos pueden ser satisfactorios para indicar este status, pero la CV es percibida por cada persona individualmente. La necesidad de incorporar valoraciones y preferencias de pacientes (sujetos) es lo que distingue la CV de todas las otras mediciones de salud [...]"

Estos autores recomiendan incorporar la valoración no sólo de la magnitud de las dimensiones que se consideren, sino la significación para cada persona en particular. De esta manera, el enfoque subjetivo de la salud se ha ido paulatinamente centrando en la percepción personal de la salud, como aspecto importante relacionado con creencias, atribuciones, conductas de salud (incluyendo acciones protectoras y conducentes a la búsqueda de atención médica). Se ha señalado así mismo que la percepción del propio estado de salud está más asociada al uso de los servicios de salud que a la condición clínica o patológica misma de la persona, de aquí surge la importancia de contar con medidas que permitan estudiar la apreciación que las personas hacen de su propia salud.

Los instrumentos utilizados para tal fin varían en un amplio espectro: muchos de ellos aún no han podido desprenderse del modelo centrado en la enfermedad, al enlistar síntomas emocionales o físicos. No es raro encontrar entre ellas a muchas escalas dirigidas a estudiar diferentes atributos o dimensiones del dolor, como uno de los aspectos más importantes actualmente en la evaluación de la salud.

Otro grupo de medidas evaluativas se relaciona con las habilidades funcionales en la enfermedad. Este grupo se ha fortalecido a raíz del replanteamiento en la Medicina contemporánea del lugar del enfermo como un agente social y de la preocupación creciente por las repercusiones de los cuidados médicos en la vida y en las necesidades propias del individuo. Es obvio que si la CV es importante para las personas que pueden sanar, aún más lo es para aquellos a quienes sólo les queda la capacidad de disfrutar de

los aspectos positivos de cada momento presente. Se trata de medir aquí las respuestas del sujeto a sus propias disfunciones, las cuales pueden variar mucho, como hemos visto, en función de creencias, atribuciones, afrontamientos, etc., o sea, de aspectos cognitivos, emocionales, sociales y ambientales, y no meramente a partir de un hecho físico o fisiológico. Por esta razón este grupo de medidas se ve muy influenciado por respuestas de deseabilidad y por los determinantes motivacional-afectivos de cada persona; pero, además, por el contexto social e institucional en que se agrupan determinadas poblaciones: no es lo mismo evaluar la CV del niño con cáncer que la del adulto mayor que vive con un SDRC.

Más allá de los aspectos de la medición, lo que verdaderamente resultaría interesante y de gran aplicabilidad sería analizar los resultados encontrados en diferentes estudios de CV en grupos de enfermos crónicos. Encontrar explicación a muchos hallazgos contradictorios (como el hecho de que a veces pacientes graves evalúan muchos aspectos de su CV de forma más "positiva" que otros con trastornos más benignos) sigue siendo un reto en pie para la investigación.

Una de las áreas en que más se han desarrollado los estudios de CV es la Oncología, que con amplia variedad de aplicaciones han dado resultados satisfactorios plasmados en una amplia gama de aportes:

- Han permitido clarificar los aspectos técnico-médicos de la atención y los aspectos de orden psicosocial relacionados con el cuidado de estos pacientes.
- La CV se ha convertido en una variable de salida (outcome) a medir en ensayos clínicos con nuevos preparados antitumorales o tratamientos, en estudios epidemiológicos, que incluyen políticas de tamizaje en los programas de control de la enfermedad, en los procesos de tratamiento psicológico de estos pacientes
- Han facilitado la medición de la efectividad de la terapia y, por tanto, la toma de decisiones en torno a su continuidad.
- Permitieron la valuación del costo/beneficio y de otros análisis económicos con el fin de proporcionar información útil tanto a los pacientes como a los proveedores de los tratamientos.
- Han clarificado el proceso de apoyo o soporte que requiere este tipo de paciente en cualquier estadio de la enfermedad.
- Se ha podido incorporar como medida en los estudios de sobrevida.

Transcurridos casi 30 años desde la primera inclusión del término “calidad de vida” en la revista monográfica de EE UU "Social Indicators Research", aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas -aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios- todavía en 1995, Felce y Perry¹² encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy¹³ en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como: (a) la calidad de las condiciones de vida de una persona; (b) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; (c) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, (d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

CALIDAD DE VIDA CONCEPTUALIZACIONES

(Borthwick-Duffy y Cols., 1992; Felce, 1995)

<p>1. <i>Calidad de Vida</i> =</p> <p>Calidad de las Condiciones Objetivas de Vida</p>	<p>2. <i>Calidad de Vida</i> =</p> <p>Satisfacción del individuo con sus Condiciones de Vida</p>
<p>3. <i>Calidad de Vida</i> =</p> <p>Calidad de las Condiciones de Vida + Satisfacción Personal</p>	<p>4. <i>Calidad de Vida</i> =</p> <p>Calidad de las Condiciones de Vida + Satisfacción Personal + Valores Personales</p>

¹² Felce, D. y Perry, J. (1995). *Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities*, Vol. 16, Nº 1, pp. 51-74.

¹³ Borthwick-Duffy, S.A. (1992). *Quality of life and quality of care in mental retardation*. In L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp.52-66). Berlin: Springer-Verlag.

Durante los años '80, el término "calidad de vida" fue adoptado por las distintas disciplinas como un concepto sensibilizador capaz de ofrecer a los profesionales de las diferentes áreas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, orientando distintas actividades profesionales hacia la persona humana y tomando en cuenta la autodeterminación y la satisfacción del individuo en su vida.

A lo largo de los años '90, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación de la CV tomaron un lugar preponderante, intentando darle al concepto sus principales características metodológicas. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en que la "calidad de vida" no sólo teñirá las preocupaciones y acciones de individuos -quienes gozan cada vez más de mayores posibilidades de elección y decisión-, sino también las de los servicios humanos en general, y de salud en particular. Pues estos se verán obligados a adoptar técnicas para mejorar sus procedimientos y prácticas tomando en cuenta como dato imprescindible la calidad de vida de aquellas personas a quienes brindarán sus servicios.

MARCO CONCEPTUAL

La Calidad de Vida en tanto concepto es, como vimos en el apartado anterior, de definición imprecisa; la mayoría de los investigadores que han trabajado en él coinciden en que no existe una teoría única que lo explique y defina. El término "calidad de vida" pertenece a un universo ideológico y no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores determinado.

La noción de "calidad de vida" -y también los términos que le han precedido en su genealogía ideológica- remite a una evaluación de la experiencia que de su propia vida hacen los sujetos. Tal "evaluación" no es un acto de la razón, sino que encuentra más bien su origen en el sentir. En este sentido el modo más preciso de expresar la "calidad de vida" podría ser la "calidad de las vivencias que tienen de su experiencia los sujetos".

Analizar la "calidad de vida" de un grupo social implica examinar las experiencias subjetivas de los individuos que lo integran en relación a una sociedad determinada. Exige, en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, sus condiciones objetivas de existencia, sus expectativas de transformación de dichas condiciones, y evaluar el grado de satisfacción alcanzado en esa búsqueda. Así, la mayoría de los autores concibe la CV como una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas formas objetivas de medida a través de una serie de indicadores, pero en la que tiene un importante peso específico la imagen que de sí mismo el sujeto posea.

Denominada en inglés "Quality Of Life" (QOL) y ampliamente utilizada en múltiples estudios, el concepto de CV se ha desarrollado en las últimas tres décadas abriéndose paso entre varias disciplinas (la Psicología, la Sociología, la Economía y la Salud) encontrando repercusión entre el personal sanitario por constituirse en una sofisticada manera de estudiar la salud de individuos y grupos y como un nuevo modo de descubrir las ventajas y desventajas de tratamientos y tecnologías. Es en este ámbito concreto de la evaluación y la toma de decisiones clínicas, donde surge la denominación "Calidad de Vida Relacionada con la Salud" (CVRS) o "Health Related Quality of Life (HRQL) en la literatura médica anglosajona. La utilización de este concepto se inicia en los EEUU hace más de 25 años con la confluencia de dos líneas de investigación: (1) la clínica de la medición del estado funcional de los pacientes y (2) la investigación

psicológica del bienestar y de la salud mental. Con esta unión de medidas de función física y del bienestar psíquico –considerando también los progresos metodológicos de la psicometría- nació la moderna investigación clínica de la calidad de vida. Posteriormente los avances de los métodos sociométricos han dado lugar a la inclusión de una tercera línea en la investigación de la CVRS; esta nueva contribución introdujo el estudio de los factores sociales relacionados con la salud, es decir, la tarea de entender cómo la dimensión social de la vida humana afecta también a la salud, al bienestar y a la susceptibilidad de enfermar. Con este último aporte queda completo el constructo de la CVRS, tal como se lo entiende hoy en día.

El desarrollo de las medidas de CVRS ha aumentado considerablemente en los últimos años debido a su inclusión en ensayos clínicos y en la investigación de los servicios sanitarios como una variable de resultado más refinada que los indicadores tradicionales (morbilidad, mortalidad, expectativa de vida, etc). Desde estos indicadores, que describen el grado y severidad de las patologías valiéndose de informes patológicos (v.gr., fracciones de eyección en las enfermedades cardíacas) o de laboratorio (v.gr., mgr. de azúcar en sangre de los diabéticos), se ha pasado a la evaluación de cómo perciben los pacientes su estado general de salud y cuál es su capacidad para continuar con sus actividades habituales. Ahora bien, tradicionalmente el registro de la salud subjetiva quedó reducido al bienestar subjetivo del hombre, siendo el mayor exponente de tal reducción la definición de la Organización Mundial de la Salud de 1947: “La salud es un estado de bienestar físico-mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”¹⁴

La persona de edad¹⁵ es aquella de más de 65 años a la que el paso de los años le afecta para vivir de forma libre, independiente y gratificante. La persona de edad pierde la libertad para vivir como quiere pues la enfermedad tiende a la cronicidad y a la dependencia. La salud significa vida y la vida nunca está terminada, ni completa y siempre es mejorable. El término salud significa una escalada constante de mejoras en todos los niveles, una reivindicación diaria, una búsqueda de bienestar. Desde la

¹⁴ WHOQOL – Los instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Manual del Usuario. Dra. Bonicatto - Lic. Soria.

¹⁵ Término sugerido en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad que fueron aprobados por resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas de fecha 16 de diciembre de 1991.

perspectiva del ambiente; la salud y la enfermedad dependen de numerosas variables. La salud vendría dada por la adaptación satisfactoria del hombre con su medio. El hombre como ser vivo no tiene otra alternativa que envejecer, y para envejecer saludablemente necesita asumir los cambios, las modificaciones e, incluso, los deterioros buscando las estrategias más convenientes para "vivir" satisfactoriamente.

Uno de los parámetros que mide el estado de salud en la disciplina Terapia Ocupacional en la última etapa evolutiva del hombre es la "funcionalidad". La funcionalidad física es una de las que más valora la persona mayor y la que quiere mantener mientras viva; dentro de la funcionalidad psíquica desea conservar la lucidez más que la propia vida y, dentro de la funcionalidad social privilegia la suficiencia económica y adecuadas relaciones socio-familiares o, en su defecto, políticas que posibiliten adecuadas pensiones y actividades culturales y ambientales que le faciliten su adaptación al ambiente y le garanticen un bienestar mínimo.

El apoyo social es también de gran importancia en relación a la salud y a la longevidad: las personas necesitan amar y sentirse amadas. La necesidad de sentirse amados parece no decrecer con los años, al contrario, parece inclusive aumentar. El estado de salud se deteriora cuando la persona está desprovista de amor, de su pareja, de sus hijos y/o de sus amigos.

Entre los investigadores no hay consenso en la definición del término "calidad de vida"; un concepto que involucra muchas variables subjetivas como satisfacción, conformidad, sentimientos, creencias, o autoestima, es difícil de medir. Las variables objetivas como el nivel de ingresos, el nivel sociocultural, los déficits funcionales en relación a problemas de salud, son de medición más fácil. Los investigadores con orientación clínica suelen definir "calidad de vida" en términos de discapacidad funcional, por el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario. Para D. Ribera (1992), no hay duda de que la variable salud es la de mayor peso en la percepción del bienestar de los ancianos y que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos. Los principales factores, entonces, que influyen en la calidad de vida de las personas mayores serían los siguientes:

- *La independencia funcional*: el grado de funcionalidad física, psíquica y económica. La persona independiente tiene mayor calidad de vida que aquella

que depende de su familia y/o de la sociedad en cualquiera de los órdenes mencionados.

- *La vida "hogareña"*: la vida junto a la pareja, familiares y/o amigos. En particular, la pérdida de la pareja o de otro ser querido constituyente del hogar tiene una repercusión negativa en la calidad de vida.
- *El nivel de interacción social*: La soledad es ciertamente un factor que incide de forma fuertemente negativa en la calidad de vida de las personas mayores.

Preguntarse a propósito de la Calidad de Vida de una persona no representa una pregunta filosófica sino empírica que requiere examinar un amplio rango de factores que determinan que el paciente se sienta seguro y esté conforme con su tratamiento. Examinar estos distintos factores resulta de capital importancia ya que las medidas dirigidas a elevar el bienestar físico, funcional, emocional y social del paciente contribuyen en mucho al mejoramiento de su salud.

Ahora bien, con el concepto de CVRS que se quiere implementar, el tiempo de supervivencia pasa a un segundo plano -especialmente en casos crónicos-; lo que importa es el *presente* del individuo y su tranquilidad interior. Como señala S.R. Allende (2000):

"La medición de la calidad de vida tendrá así varias aplicaciones, una muy importante es dignificar la situación de los derechos humanos del enfermo; él tiene derecho a decirnos qué es lo que está pasando más allá del propio tratamiento, aspectos físicos, laborales, sexuales, psicológicos, en toda índole en que repercute la enfermedad de un ser humano. Eso nos ayudará a conocer el estado general del paciente y a predecir situaciones que se podrían presentar".¹⁶

La Calidad de Vida es un concepto complejo, difícil de definir en términos de funcionalidad. Sin embargo, es posible establecer una característica principal: su multidimensionalidad, es decir, la calidad de vida, como la vida misma, cuenta con múltiples ingredientes. Existe coincidencia en que la calidad de vida en la vejez depende

¹⁶ Allende, Silvia Rosa, *Calidad de Vida, la nueva terapia*, ID Periodismo de Ciencia y Tecnología, Mexico, Setiembre 2000

del contexto o las circunstancias en las que vive la gente. A medida que la edad aumenta, y aunque la salud percibida no cambie significativamente, los pacientes muestran más problemas crónicos, más dolores, más desórdenes mentales, tienen más problemas de audición y, consecuentemente, deben por lo general tomar más medicación. La calidad de vida en la vejez está muy relacionada con el grado de funcionalidad, es decir, de independencia física, psíquica y social del paciente; cuando depende de otra persona, aunque sea sumamente querida éste se siente en desventaja, y lo invade un sentimiento de no utilidad. Si la dependencia es física, por mucho amor que se le dispense, siempre tenderá a considerarse una carga, a no ser que el sufrimiento se acepte como un valor ético-moral que da sentido a la vida. Lo que más temen la mayoría de las personas de edad avanzada es depender y significar una molestia para su familia y/o sociedad. La persona con dependencia socioeconómica tampoco se puede sentir bien. La dependencia limita la libertad y aumenta la gratitud y la complacencia hacia quien o quienes ocupan el lugar de sus benefactores. Si la dependencia es psíquica, la persona carece en general de la capacidad de juicio para considerarse una carga y, si quien la atiende es amable y respetuoso, la persona dependiente puede inclusive sentir bienestar. En cuanto a los factores económicos, hay que señalar que las personas de edad pueden sentirse felices aún con recursos muy escasos siempre y cuando sean suficientes para sus aspiraciones. Esto podría explicarse por el hábito de etapas anteriores vividas en condiciones de extrema escasez (por ejemplo la ausencia de pensiones en la época de sus antecesores) y por una escala de valores diferentes de aquella que la población más joven posee sobre las necesidades y en especial sobre las necesidades de ocio y consumo.

Otro factor que influye fuertemente en la disminución de la calidad de vida es la muerte de uno de los miembros de la pareja, sobre todo en el caso del fallecimiento de la mujer. El rol social tradicional de la mujer ha consistido en el cuidado de la salud, alimentación, higiene, etc; al fallecer la esposa, el marido suele descuidar estos aspectos determinantes en su salud, además de sentirse dependiente de los hijos y/o de otras personas pues no está entrenado en las tareas domésticas.

El estado de salud percibido es también uno de los factores más importantes de la calidad de vida en la vejez. Las personas consideran el estado de salud como uno de los bienes más preciados e importantes en su vida, sobre todo cuando se ve afectado por una dolencia. Siempre añoran “¡Si estuviera mejor!”, “¡Si pudiera!”, “¡Si me llevaran las piernas!”, “¡Si no me fatigase!” Estas lamentaciones y deseos de recuperación

demuestran que, aunque se sientan felices, esa felicidad aumentaría si se consiguiera una restitución del estado de salud.

Por último, “el dolor”, con frecuencia utilizado como única variable para medir el grado de afectación de la calidad de vida, aparece como un factor que merece un análisis pormenorizado. Este término puede convertirse en una idea vaga si no se lo define adecuadamente, si no se hace la diferencia entre dolor agudo y crónico, temporario o persistente, oncológico o no oncológico. Es necesario tener en cuenta su significación íntima para la persona que lo padece y considerar las implicaciones sociales que ese dolor genera. De acuerdo con el Comité de Taxonomía de la *International Association for the Study of Pain*, el dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada con daño de tejido real o potencial, o descrita en términos de ese daño. El dolor es siempre subjetivo; cada individuo aprende la aplicación de esta palabra a través de experiencias relacionadas con daño en la vida temprana. Los biólogos reconocen que aquellos estímulos que causan dolor tienen capacidad de provocar daño de tejido. De acuerdo con esto, dolor es la experiencia que asociamos con daño de tejido real o potencial. Incuestionablemente se trata de una sensación en parte o partes del cuerpo, pero también siempre es displacentera y por lo tanto *una experiencia emocional*. Muchas personas señalan dolor en ausencia de daño de tejido o sin ninguna causa fisiopatológica observable. Habitualmente, si se toma en cuenta el relato subjetivo no existe forma de distinguir esta experiencia de aquella debida a daño de tejido. Si alguien considera su experiencia como dolor y si la informa del mismo modo que el dolor causado por daño de tejido, deberá aceptarse como dolor. Así evitamos atar el dolor al estímulo. La actividad inducida en el nociceptor y en la vía nociceptiva por un estímulo nocivo conforma una nocicepción y no un dolor. El dolor es siempre un estado psicológico aún cuando pueda apreciarse, que el dolor en la mayoría de los casos, tiene una causa física próxima. El valor de esta última definición reside en que considera al dolor como una experiencia sensitiva y emocional y no reduce al dolor exclusivamente a una mera manifestación de una causa fisiopatológica en términos de estímulos nociceptivos sino que contempla el aspecto psicológico y emotivo del dolor que son de particular importancia para el caso del análisis del dolor crónico. Claramente, la necesidad de evaluar tanto los procesos nociceptivos como los psicológicos constituye la inquietud principal en el abordaje de la temática del dolor y de su manejo.

Otra definición de dolor señala: el dolor es una experiencia personal y subjetiva que comprende sensibilidad y percepción, resultante o no de daño tisular o trauma físico. La manifestación puede estar influida por factores psicosociales, etnoculturales, genéticos, biológicos u otros. Habría que agregar por sobre esta definición que la experiencia del dolor tiene, además, un carácter intransferible.¹⁷

La experiencia dolorosa es distinta según se trate de dolor agudo o de dolor crónico, a su vez el dolor agudo asociado a un episodio que pone en peligro la vida, v.gr., infarto agudo, provoca reacciones diferentes al vinculado con una cirugía de buen pronóstico; respecto al dolor crónico, podemos distinguir el vinculado a una artropatía de aquél relacionado a un tumor invasivo. También es importante distinguir entre dolor agudo y dolor crónico en lo que respecta a etiología, mecanismos, fisiopatología, sintomatología, función biológica y abordajes diagnósticos y terapéuticos.

El dolor agudo es síntoma de una enfermedad, mientras que el dolor crónico *es* propiamente una enfermedad. El dolor agudo comprende una compleja constelación de experiencias displacenteras sensitivas, perceptivas y emocionales y ciertas respuestas asociadas autonómicas, psicológicas, emocionales y conductuales. Invariablemente esto es provocado por un estímulo nocivo por lesión y/o enfermedad de la piel, por estructuras somáticas profundas o viscerales, o por funcionamiento anormal muscular o visceral con o sin daño real de tejido. Si bien los factores psicológicos ejercen una fuerte influencia en la experiencia del dolor agudo, con raras excepciones se debe primariamente a factores psicopatológicos o ambientales. Como se sabe, el dolor agudo debido a enfermedad interna cumple la importante función de alarma. En ciertas circunstancias el dolor agudo provoca limitación de movimiento, impidiendo mayor daño o agravamiento del estado. Este dolor y las respuestas asociadas, como resultado del tratamiento o de la naturaleza autolimitada de la enfermedad desaparecen en días o semanas. Sin embargo, un tratamiento inadecuado en un paciente con trastorno doloroso agudo (como el Síndrome Doloroso Regional Complejo) puede traducirse en una persistencia del dolor y la cronificación del cuadro.

El dolor crónico es aquél que persiste más allá del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para la cicatrización de una herida, el que se

¹⁷ Veáse: Koval, P., *Dolor*, en Publicación Medicina del Dolor, 2000.

asocia con un proceso patológico que causa dolor continuo, o aquel cuya manifestación transcurre por intervalos durante meses o años. En general, con el dolor crónico no aparecen las respuestas autonómicas, simpáticas y neuroendócrinas, características del dolor agudo. En contraste con el dolor agudo, el dolor crónico presenta más probabilidades de tener una base psicopatológica o de responder a factores ambientales o sociales. Finalmente, en su forma crónica persistente, el dolor jamás posee una función biológica de protección, sino que por el contrario se convierte en una fuerza destructiva que a menudo impone un severo *distress* emocional, físico, económico y social al paciente y a su familia y constituye uno de los problemas de salud más costosos para la sociedad. En enfermedades en las que el dolor crónico constituye una de las características principales, resulta insuficiente la utilización de escalas de dolor como único método de apreciación y orientación del tratamiento, debido al alto componente subjetivo que caracteriza al malestar.

El Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) puede ser descrito por una variedad de condiciones dolorosas que siguen generalmente a una lesión. Estos dolores son regionales, de predominio distal y, tanto en su duración como la magnitud, exceden el curso clínico esperado del evento incitador. El SDRC frecuentemente produce un compromiso significativo de la función motora y muestra una progresión variable en el tiempo.

En 1864 un cirujano, Weir Mitchell, denominó esta condición "Causalgia"; en 1900 Sudeck definió el cuadro que lleva su nombre. En 1916 Leriche describió a un paciente con severo dolor secundario a una lesión de nervio periférico y 23 años más tarde hizo una caracterización de la causalgia. En 1946 J.A. Evans lo llamó "Distrofia Simpática Refleja"; en 1960 los reumatólogos la denominaron Algodistrofia. En 1994 Merskey y Bogduk y en 1995 Stanton y Hicks lo llamaron: "Síndrome Doloroso Regional Complejo", denominación con la que actualmente se lo designa.

Se distinguen tres tipos dentro del Síndrome: el SDRC Tipo I o DSR, el SDRC Tipo II y el Dolor Mantenido Simpáticamente (DMS):

SDRC Tipo I (Distrofia Simpática Refleja)

El SDRC Tipo I se produce después de un evento nociceptivo inicial. El dolor espontáneo, alodinia o hiperalgesia, ocurre alrededor del territorio de uno o varios nervios periféricos y es desproporcional con el evento desencadenante. Muestra evidencia de edema, anormalidades en el flujo sanguíneo de la piel o en la actividad sudomotora del área involucrada.

SDRC Tipo II (Causalgia)

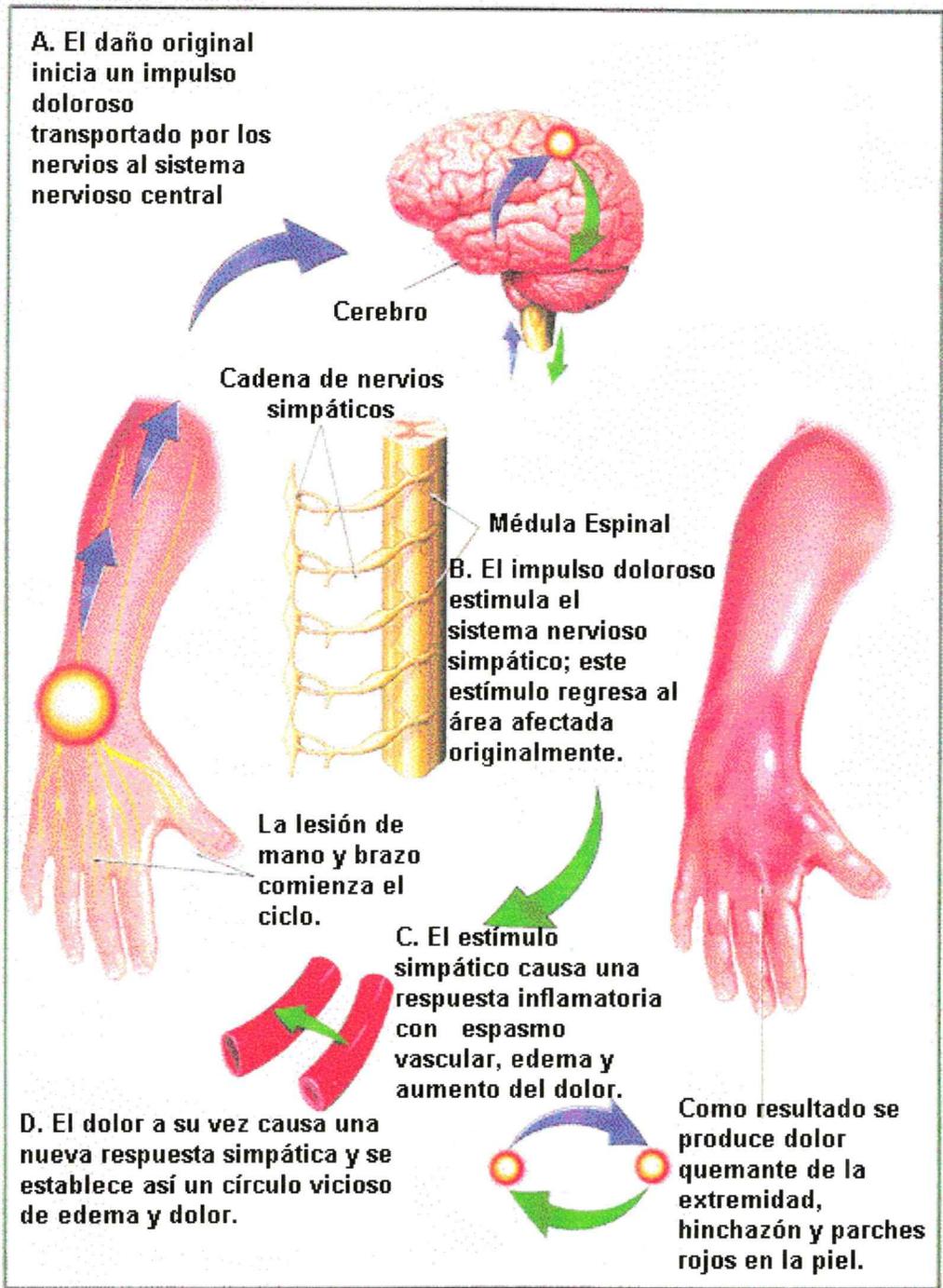
Esta forma del síndrome sigue a una lesión neurológica. Su presentación suele estar circunscripta a una articulación (tobillo, rodilla, muñeca) o área (cara, ojo, pene), en asociación con un evento nociceptivo. El dolor espontáneo, alodinia o hiperalgesia, generalmente está limitado al área involucrada, pero puede extenderse hacia la región distal o proximal sin que coincida con el territorio dermatómico o de distribución del nervio periférico. El edema es variable e intermitente; los cambios en el flujo sanguíneo de la piel, en la temperatura y en la actividad sudomotora son desproporcionados con el evento desencadenante y están presentes en el área involucrada.

Dolor Mantenido Simpáticamente (DMS)

Este dolor es mantenido por la actividad eferente simpática, la acción de los neurotransmisores o de las catecolaminas circulantes. Se define por el bloqueo nervioso simpático o farmacológico. El DMS puede ser una manifestación de diferentes síndromes dolorosos y puede no ser un componente esencial de alguna condición. En contraste, las condiciones que no responden al bloqueo simpático se designan como estados independientes del simpático (DIS).

La Distrofia Simpática refleja es una complicación frecuente en el tratamiento de las fracturas del extremo distal del radio, que prolonga el tratamiento y es causa de desconcierto para el paciente que no comprende fácilmente que el médico afirme que su fractura está consolidada y en buena posición cuando el dolor persiste. El origen y mecanismo de la enfermedad es aún motivo de controversia, por tanto el tratamiento etiológico de la misma no es posible en la actualidad. Se acepta como factor común en

los enfermos la presencia de un traumatismo sobre los nervios sensitivos. Si bien los mecanismos que causan este síndrome no son claros, la Asociación Americana de la Distrofia Simpática Refleja propone el siguiente esquema:



SINTOMATOLOGÍA DEL SDRC

Los principales signos y síntomas del SDRC clínicos son:

1. Dolor: Existe hoy en día consenso en que el dolor es un requerimiento absoluto para el diagnóstico. El dolor sigue a un evento nociceptivo y es desproporcionado en duración, distribución y severidad respecto de la lesión ocasionada. Algunas veces puede seguir a eventos del SNC, viscerales o desórdenes psicológicos o psiquiátricos. Es regional, pero puede afectar la cara, un hemicuerpo, el tronco o un cuadrante. Puede ser profundo y doloroso y se agrava con la posición ortostática en el Tipo I; en ocasiones es quemante -como en el Tipo II-, a veces aumenta con el frío o el calor y en más del 75% de los pacientes es constante y espontáneo.

2. Hiperalgia y Alodinia: Ocurren en la región del dolor, la hiperalgia con cualquier modalidad y la alodinia con estímulos térmicos, tacto ligero, presión profunda y movimientos articulares. Se examinan comparando con áreas simétricas no comprometidas.

3. Disfunción simpática: Existe inestabilidad vasomotora y sudomotora en la extremidad afectada que puede estar caliente y roja o bien fría y azul o moteada. La sudoración, especialmente en las palmas o las plantas, puede aumentar o disminuir. Los cambios pueden ser medidos por termografía o termometría de contacto, estudios que deben hacerse de forma simétrica.

4. Edema: Se puede ver en cualquier momento de la evolución; típicamente periférico, puede ser permanente o intermitente y suele exacerbarse de acuerdo a la posición de la extremidad.

5. Cambios tróficos: Las uñas pueden ser hipertróficas o atróficas, el crecimiento y la textura del vello aumentan o disminuyen y la piel puede mostrarse atrófica. Las

fotografías proveen de un medio muy útil para evidenciar y hacer un seguimiento de los cambios.

6. Disfunción motora: Puede incluir temblor, distonias, pérdida de la fuerza y la resistencia; así como presentar rigidez articular y edema en los dedos.

No existe evidencia para decir que el SDRC sea una condición psicológica, pero sí es muy probable que condiciones que producen ansiedad, estrés o dependencia incrementen la nocicepción en el SDRC a través de mecanismos *alfa* adrenérgicos. Muchas veces los pacientes refieren pérdidas o condiciones difíciles en sus vidas; en este grupo de pacientes se ha encontrado más somatización. También se ha confirmado que el miedo es un factor importante en la inmovilidad, especialmente cuando está asociado a experiencias previas. El diagnóstico del Tipo I del SDRC o DSR se basa en los siguientes criterios:

A) Historia de enfermedad o trauma iatrogénico o accidental reciente o remoto.

B) Dolor persistente lacerante percibido como una quemadura.

C) La aparición de uno o más de los siguientes síntomas:

c.1) Disturbios vasomotores o sudomotores.

c.2) Cambios tróficos, edema de la extremidad, debilidad muscular o atrofia.

c.3) Alivio del dolor o desaparición de los síntomas después de un bloqueo simpático.

En cuanto al diagnóstico por funciones, éste es posible a partir del relevamiento de la alteración del siguiente grupo de funciones:

- **Funciones somatosensoriales:** dolor espontáneo presente en el 75% de los pacientes con DSR. En casi todos los casos el dolor es sentido como profundo en la parte distal de la extremidad afectada y de distribución difusa; es más severo en la noche y decrece cuando la extremidad es elevada (componente ortostático). Hay varias clases de sensación anormal evocada. El 60% de los pacientes presenta dolor exacerbado por el movimiento de uno o más dedos -aún cuando estos no hayan sido afectados por lesiones previas- lo que en casos crónicos genera una apariencia pseudoartrítica.

- **Funciones simpáticas (autonómicas):** en el control del flujo sanguíneo, en casi todos los casos, la diferencia térmica es un hallazgo habitual, sin embargo, los datos de los controles normales son equívocos y poco prácticos. El edema es un signo de mayor importancia en la DSR y ocurre principalmente en el dorso.

- **Funciones esquelético-motoras:** Se observa el compromiso de los músculos distales de la extremidad afectada provocando la disminución de movimientos activos, en especial la habilidad para cerrar el puño y la oposición del pulgar al 5 dedo. Un 50% de los que tienen afección de la extremidad superior presentan tremor postural o de acción.

- **Cambios tróficos y óseos:** en el 29% de los pacientes existe alteración en el crecimiento de uñas, aumento en el crecimiento del vello, fibrosis plantar o palmar, hiperqueratosis, piel brillante, y osteoporosis distal difusa.

La fractura del extremo distal de radio es muy común, presentándose con una incidencia de 27 casos cada 10.000 habitantes por año, siendo la distribución por sexos de 16 por 10.000 en hombres y 37 por 10.000 en mujeres. Sin embargo los resultados del método de tratamiento no son uniformes; hay métodos conservadores o funcionales

y métodos quirúrgicos. El manejo conservador acepta recientemente algún grado de desplazamiento o red desplazamiento y el énfasis se coloca en la función. El tratamiento quirúrgico subraya la reducción totalmente anatómica. Es muy difícil correlacionar los resultados anatómicos con los funcionales, pero parece que los factores más determinantes son el acortamiento del extremo distal del radio y la reducción de la superficie articular; otras alteraciones, como la fractura de la estiloides radial, no se han correlacionado con malos resultados funcionales en pacientes con fracturas del extremo distal del radio que corresponden al grupo etáreo que más presenta la patología.

El tipo I de SDRC o DSR es una complicación grave frecuente en estas fracturas según fue observado por Goris (1985). La literatura mundial en torno al SDRC reporta una mayor presencia del tipo I del síndrome o DSR, independientemente de la causa, en el sexo femenino. Para fracturas del extremo distal del radio, la relación es 6:1. También hay acuerdo en la incidencia con respecto a la edad; los pacientes mayores de 50 años que desarrollan el tipo I de SDRC o DSR en el tratamiento de su fractura son 4.8 veces más numerosos que los menores de esa edad que desarrollan el síndrome.

Es así que el tipo I de SDRC o DSR no sólo es más frecuente sino que presenta características peculiares en las personas de edad, ya que afecta especialmente la calidad de vida de estos pacientes: agrava las dificultades motrices de la edad en combinación con los factores sociales que degradan sus condiciones de existencia, particularmente en sociedades como las nuestras, donde además de la valoración de la juventud, del cambio y la innovación, el sistema jubilatorio ha entrado en crisis y, dentro de él, los servicios de salud cuentan con escasos recursos.

La enfermedad atenta entonces contra las ya disminuidas posibilidades de integración psico-social de las personas de edad y contra su dignidad, pues empeora su estado psicológico, dada la relación que las estadísticas señalan entre las características psicológicas del paciente y la aparición de la distrofia. Nominando al síndrome como un desorden bio-psico-social del comportamiento y la conducta.¹⁸

Desde la Terapia Ocupacional y conforme a la escasa bibliografía disponible, las respuestas al Tipo I de SDRC o DSR en personas de edad han sido sistematizadas en tratamientos implementados para mejorar la respuesta funcional. En este sentido no existen experiencias que intenten evaluar mediante la utilización de instrumentos idóneos el impacto que la enfermedad tiene sobre la CV de los pacientes de edad. La

¹⁸ Stephen Bruehl, *Co-morbidity and CRPS implication for Treatment*, Vanderbilt School of Medicine, Nashville, EEUU, 2004.

evaluación de este impacto permitiría una adecuada implementación de los recursos de los terapeutas ocupacionales, además de permitir revisar y reorientar la búsqueda de terapias para esta patología.

FUNDAMENTACIÓN

La alta frecuencia con que se presenta el SDRC o DSR en pacientes de edad que han sufrido fracturas de extremo distal de radio y que se reflejan en alteraciones del aparato locomotor, la importancia del dolor en el consumo de recursos terapéuticos y las secuelas incapacitantes en un curso crónico de larga evolución motivan el interés por analizar el impacto de la enfermedad en la CV de los pacientes a los efectos de orientar el tratamiento de rehabilitación que habitualmente se realiza.

PROBLEMA:

¿En qué medida es afectada la calidad de vida de los pacientes de edad que han desarrollado el Tipo I de SDRC o DSR luego de sufrir una fractura de extremo distal de radio?

OBJETIVO GENERAL:

Dimensionar en qué medida se ve afectada la calidad de vida global y la percepción general de la salud de los pacientes de edad que han desarrollado el Tipo I de SDRC o DSR luego de sufrir una fractura de extremo distal de radio y reciben tratamiento de Terapia Ocupacional en el Policlínico PAMI II de Rosario

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evaluar la calidad de vida global y la percepción general de salud en pacientes de edad que han desarrollado el tipo I de SDRC o DSR luego de sufrir una fractura de extremo distal de radio en los siguientes dominios de:

- I. Capacidad Física
- II. Psicológico
- III. Nivel de Independencia
- IV. Relaciones Sociales
- V. Medio Ambiente
- VI. Espiritualidad/ Creencias Personales

HIPÓTESIS:

Los pacientes de edad que han desarrollado el tipo I de SDRC o DSR luego de sufrir una fractura de extremo distal de radio ven disminuida su calidad de vida durante el transcurso de la enfermedad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA HIPÓTESIS:

Tipo I SDRC o DSR:

El Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) se manifiesta en una variedad de condiciones dolorosas que siguen generalmente a una lesión. Estos dolores son regionales y de predominio distal; tanto en su duración como en la magnitud exceden el curso clínico esperado del evento incitador. Frecuentemente el síndrome produce un compromiso significativo de la función motora y muestra una progresión variable en el tiempo. Es complejo debido a la naturaleza variable de la presentación clínica durante el tiempo y por la variedad de cambios de tipo inflamatorio, autonómico, cutáneo, motores y distróficos que puede presentar. Es regional debido a la distribución de los síntomas.

Definición operacional del SDRC:

El Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) Tipo I se caracteriza por:

- **Dolor Espontáneo:** tipo quemante de distribución difusa distal del extremo afectado. Hiperalgnesia, alodinia a estímulos térmicos, tacto ligero, presión profunda y movilidad articular.
- **Disfunción Simpática:**
 - I. Inestabilidad vaso y sudomotora: temperatura y coloración de piel (caliente-roja), (fría-azul), (moteado).
 - II. Sudoración: palmar o plantar.
 - III. Edema periférico: permanente o intermitente.

IV. Cambios tróficos: piel (hiperqueratosis atrófica, piel brillante). Uñas (hipertróficos, atróficos); pelo (crecimiento, textura) aumento o disminución del vello.

V. Cambios óseos: osteoporosis distal difusa.

• **Disfunción Motora:**

- I. Se encuentran comprometidos los músculos distales de la extremidad afectada.
- II. Distonías. Disminución de fuerza y resistencia.
- III. Rigidez articular.
- IV. Disminución de los movimientos activos.
- V. Disminución en la habilidad para cerrar el puño.
- VI. Disminución para realizar la oposición de pulgar con el 5to dedo.

Fractura de extremo distal de radio:

Pérdida de la solución de continuidad, de forma traumática, del extremo distal de radio. El Tipo I SDRC o DSR es una complicación frecuente en el tratamiento de las fracturas del extremo distal del radio. Este síndrome prolonga el tratamiento y causa desconcierto en el paciente que no logra comprender que el médico afirme que su fractura está sanada y en buena posición, cuando siente que aún duele.

WHOQOL – 100¹⁹: Definición operacional

Mediante el instrumento WHOQOL 100, la OMS ofrece la posibilidad de realizar una evaluación subjetiva de la calidad de vida tal como la perciben los entrevistados. La calidad de vida del individuo es evaluada teniendo en consideración el contexto cultural, social y medioambiental a través de la evaluación de preguntas referentes a dominios o áreas generales de la vida del individuo. Estos dominios son los siguientes: (1) Capacidad Física, (2) Psicológico, (3) Nivel de Independencia, (4) Relaciones Sociales, (5) Medio Ambiente y (6) Espiritualidad/ Creencias Personales. A su vez cada dominio

¹⁹ WHOQOL., *Los instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud Manual del Usuario.*, OMS., Ediciones CATA., 1998.

comprende *Facetas o aéreas específicas* que sintetizan aspectos de cada dominio en particular. Los dominios involucran las siguientes facetas o áreas específicas:

1) Dominio I CAPACIDAD FÍSICA

- Dolor y discomfort
- Energía y fatiga.
- Sueño y descanso.

2) Dominio II PSICOLÓGICO

- Sentimientos positivos
- Pensamiento/ aprendizaje/ memoria/ concentración
- Autoestima
- Imagen corporal y apariencia
- Sentimientos negativos

3) Dominio III NIVEL DE INDEPENDENCIA

- Movilidad
- Actividades de la vida diaria
- Dependencia de medicina y ayuda médica
- Capacidad de trabajar

4) Dominio IV RELACIONES SOCIALES

- Relaciones personales
- Actividad sexual
- Soporte social

5) Dominio V MEDIO AMBIENTE

- Seguridad física
- Medio ambiente hogareño
- Recursos financieros
- Cuidados sociales y de salud: accesibilidad y calidad
- Oportunidades para obtener información

- Participación en / y oportunidades para la recreación y el ocio
- Medio ambiente físico (polución, ruido, clima)
- Transporte

6) Dominio VI ESPIRITUALIDAD/CREENCIAS PERSONALES

- Espiritualidad

Cada una de estas *facetas* enunciadas más arriba debe ser caracterizada como la *descripción de una conducta, un estado, una capacidad o potencial, o una experiencia o percepción subjetiva*. A continuación realizaremos un examen pormenorizado de cada una de estas facetas a fin de contar con la base teórica que da sustento a la medición de la calidad de vida de los pacientes que serán objetos de nuestro estudio.

Dominio I: Dolor y *Discomfort*

El primer dominio, **Capacidad Física**, se refiere a la condición física de los encuestados. En él se toma en consideración tres aspectos o facetas: (1) el dolor y *discomfort*; (2) la energía y fatiga y (3) el sueño y el descanso.

1. Dolor y *Discomfort*

Esta faceta explora las sensaciones físicas displacenteras experimentadas por una persona y la extensión en la cual estas sensaciones producen aflicción o molestia e interfieren con la vida. Bajo esta faceta se incluyen las sensaciones físicas displacenteras tales como entumecimiento, prurito y dolores fugaces o duraderos. El dolor se considera como existente si la persona informa que lo siente, inclusive si no hay una razón médica para ello.

2. Energía y Fatiga

Se explora aquí la energía, entusiasmo y resistencia que tiene una persona, en orden a desarrollar las tareas necesarias para la vida cotidiana, así como para otras actividades no diarias elegidas para su recreación. Esta

faceta se extiende desde el extremo negativo del cansancio discapacitante hasta altos niveles de energía y sensación de vida.

3. Sueño y Descanso

Se relaciona con la medida en que el sueño, el descanso, y los problemas relacionados directamente con esta área de la vida humana afectan la calidad de vida de una persona. Los problemas relacionados con el sueño pueden incluir desde dificultades para conciliar el sueño hasta problemas en su continuidad o inclusive algún tipo de falta de descanso relacionado con una mala calidad del sueño. El foco de esta faceta está puesto en el aspecto cualitativo del sueño; que puede variar en razón de problemas relacionados directamente con la persona, o bien, con el medio ambiente.

Dominio II: Psicológico

El segundo dominio es el **Psicológico**, bajo éste se toma en consideración las siguientes 5 facetas: (1) los sentimientos positivos; (2) los pensamientos, la capacidad de aprendizaje, la memoria y la concentración; (3) la autoestima de la persona; (4) la imagen corporal y el aspecto y (5) los sentimientos negativos.

1. Sentimientos Positivos

Esta faceta examina la medida en que una persona experimenta sentimientos positivos de contención, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y placer. Los sentimientos presentes y las expectativas sobre el futuro se consideran una parte importante de esta faceta. Para muchos entrevistados esta faceta puede ser considerada como sinónimo de *calidad de vida* (no se incluyen aquí los sentimientos negativos).

2. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

Explora el punto de vista de un individuo respecto de sus pensamientos, su capacidad de aprendizaje, su memoria, su nivel de concentración y su capacidad para tomar decisiones. Incluye también la rapidez para reflexionar

y la claridad del pensamiento. Para los casos en que los entrevistados poseen dificultades cognitivas y no están en condiciones de tener conciencia de sus dificultades o rechazan admitir problemas en esta área, la evaluación de las personas más cercanas puede ser un agregado a la evaluación subjetiva.

3. *Autoestima*

Examina lo que la gente piensa y siente a propósito de sí misma. Esta faceta puede oscilar en un rango de pensamientos y sentimientos que van desde una valoración positiva de la propia persona hasta un bajo nivel de auto-percepción junto a sentimientos negativos acerca de ellos mismos. Se explora la valoración que la persona tiene de sí; el aspecto de autoestima relacionado con el sentimiento de auto-eficacia del individuo, la satisfacción con uno mismo y el autocontrol están incluidos en el foco de esta faceta. Se asume que las preguntas serán interpretadas por los entrevistados en la manera en que son significativas y relevantes a su posición en la vida. Debido a la dificultad que algunas personas pueden encontrar para expresar su autoestima las preguntas están enmarcadas de tal forma que contemplan este aspecto de la faceta.

4. *Imagen corporal y apariencia*

En esta faceta se indaga acerca de la visión que la persona tiene de su propio cuerpo. Se intenta determinar si la apariencia del propio cuerpo es vista en un sentido positivo o negativo. La centralidad de esta faceta está puesta en la evaluación de la satisfacción de la persona en relación a la manera en que ella se ve y el efecto que esta mirada tiene sobre su autoestima (la redacción de las preguntas tendiente a la medición de esta faceta está dirigida a estimular a los entrevistados a responder lo que ellos realmente sienten y no a aquello que sienten que deberían responder).

5. *Sentimientos negativos*

Se relaciona con la medida en que una persona experimenta sentimientos negativos; incluyendo: desesperanza, culpa, tristeza, llanto, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida. Esta faceta incluye una consideración de la manera en que cualquier sentimiento negativo produce alteración y su

impacto sobre el funcionamiento cotidiano del individuo (las preguntas están enmarcadas de tal modo que abarcan alteraciones psicológicas como depresión severa, manía o ataques de pánico).

Dominio III: Nivel de Independencia

El tercer dominio evalúa el **Nivel de Independencia** e intenta medir el grado en que una persona mantiene su autonomía sin depender de los demás. En esta faceta se toman en consideración las siguientes facetas: (1) la movilidad; (2) las actividades de la vida diaria; (3) la dependencia a la medicación o a algún tratamiento y (4) la capacidad para trabajar.

1. Movilidad

Examina la perspectiva del individuo acerca de su capacidad para trasladarse de un lado a otro, para moverse dentro del hogar, para desplazarse en su lugar de trabajo o hacia/desde los servicios de transporte. La atención de esta faceta está puesta en medir la capacidad general de la persona para ir a cualquier lugar que ella quiera sin ayuda de otros, independientemente de los medios que utilice para hacerlo. Se asume que en la medida en que una persona sea dependiente de otra en su movilidad en una extensión significativa, esto afectará su calidad de vida adversamente.

2. Actividades de la vida diaria

Explora la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria, incluye el cuidado de sí y la atención y cuidado adecuado de su propiedad. El foco está puesto sobre la capacidad del individuo de llevar a cabo satisfactoriamente sus actividades rutinarias. El grado en el cual la gente es dependiente de la ayuda de los otros para realizar estas actividades, probablemente esté relacionado con la medida en que se afecta su calidad de vida.

3. Dependencia de medicación o tratamiento

Esta faceta explora la dependencia de la persona respecto de alguna medicación o medicina alternativa (tales como acupuntura o tratamientos homeopáticos) a fin de lograr un bienestar físico o psicológico. Las medicaciones pueden afectar la calidad de vida en sentido positivo: medicación analgésica; o negativo: efectos colaterales o secundarios de una medicación. Incluye las intervenciones médicas no farmacológicas de las cuales la persona es dependiente (marcapasos, prótesis, ortesis, bolsas de colostomía, etc).

4. Capacidad de trabajar

Se examina la energía que la persona utiliza para hacer su “trabajo”, el cual debe entenderse como la actividad principal que la persona desempeña. La faceta centra su foco sobre la capacidad de la persona para realizar trabajos, independientemente del tipo de trabajo. No incluye lo que la gente siente acerca de la naturaleza del trabajo que hace ni tampoco la calidad de su ambiente de trabajo.

Dominio IV: Relaciones Sociales

El cuarto dominio, **Relaciones sociales**, se refiere al nivel de sociabilidad de los encuestados. En este dominio las facetas examinadas son: (1) las relaciones personales; (2) el soporte social y (3) la actividad sexual.

1. Relaciones Personales

Intenta determinar la medida en que una persona siente el apoyo, la compañía y el afecto en sus relaciones íntimas. Se refiere al compromiso y a la experiencia actual de cuidar y brindarse a otra persona. Incluye la capacidad de comprometerse emocional y físicamente con otras personas. Bajo esta faceta se intenta dar cuenta de la medida en que un individuo puede compartir momentos de felicidad y distracción con las personas amadas así como el sentido de amar y ser amado; tomando en consideración también los aspectos físicos de la intimidad tales como abrazarse y tocarse. Las preguntas de esta faceta intentan medir el grado de satisfacción en

relación con la afectividad recibida como así mismo la capacidad para brindar afecto.

2. Soporte social

Examina en que medida una persona siente el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica de la familia o los amigos. Esta faceta apunta a determinar el grado en que la persona se siente sostenida por la familia y/o los amigos, y en particular, en que medida el/ella siente que puede apoyarse en este soporte frente a una crisis. Las preguntas están diseñadas para registrar tanto los efectos positivos como negativos que involucran a la familia y los amigos.

3. Actividad sexual

Esta faceta se refiere a la necesidad y al deseo de la persona respecto de su sexualidad. Trata de reflejar la extensión en que el individuo puede expresar y disfrutar apropiadamente de su sexualidad. Esta faceta apunta a resaltar la actividad sexual como elemento dentro de la calidad de vida de la persona (las preguntas referentes a este punto son elaboradas teniendo en cuenta la susceptibilidad de los encuestados)

Dominio V: Medio Ambiente.

Este 5° dominio, **Medio Ambiente**, engloba diferentes aspectos en el que se desenvuelve la persona encuestada. Aquí se considera: (1) la seguridad física; (2) el ambiente hogareño; (3) los recursos financieros; (4) la accesibilidad y el cuidado de los servicios de sociales y de salud; (5) las oportunidades para adquirir información y acceder al aprendizaje; (6) la participación y las oportunidades para la recreación y el ocio; (7) el medio ambiente físico y (8) las posibilidad y calidad de transporte.

1. Seguridad física

Examina la sensación de seguridad de la persona con relación al temor de sufrir daño físico. Esta faceta está en relación directa con el sentido de libertad de las personas. Las preguntas están confeccionadas de tal modo que permiten respuestas en un rango que va desde el vivir sin contratiempos,

hasta el vivir bajo la inseguridad de un ambiente opresivo. Incluyen la sensación que la persona siente respecto de los recursos disponibles para protegerla o darle mayor sentimiento de seguridad. Esta faceta no explora la profundidad de aquellos sentimientos que pudieran tener sus orígenes en patologías mentales (circunstancias irreales o fantásticas). Se centra en el sentimiento de la persona acerca de su seguridad/falta de seguridad, y en que medida esto afecta su calidad de vida.

2. Ambiente hogareño

Examina el hogar o institución principal en el que una persona vive (dónde al menos duerme y guarda la mayoría de sus posesiones) y la forma en que este lugar impacta en su vida personal. La calidad del hogar es valuada en función de la confortabilidad y la seguridad que brinda a la persona. Las variables: hacinamiento, cantidad de espacio disponible, limpieza, oportunidades para la privacidad, servicios disponibles (electricidad, agua corriente, baño) y la calidad de la construcción del edificio (humedad o goteras en el techo) están implícitamente contenidas en las preguntas elaboradas. Se incluyen también aquí referencias del vecindario inmediato que ciertamente es importante para la calidad de vida.

3. Recursos financieros

Examina la idea de la propia persona acerca de sus recursos financieros y la extensión en que estos recursos satisfacen sus necesidades para el mantenimiento de un estilo de vida confortable y saludable. El foco de esta faceta está puesto en los recursos con los que la persona puede disponer. Las preguntas incluyen un sentido de satisfacción/insatisfacción-dependencia/independencia respecto de los recursos financieros; y la sensación de poseer lo suficiente. La evaluación ocurrirá independientemente del estado de salud o empleo/desempleo de la persona; ya que las preguntas están enmarcadas de manera tal que permiten que se acomode a esta variación.

4. Cuidado Social y de Salud: accesibilidad y calidad

Esta faceta sondea la perspectiva de la persona acerca de los servicios sociales y sanitarios en su proximidad (la “proximidad” está determinada por el tiempo que le tomaría al individuo conseguir ayuda). Se incluye como la persona evalúa la disponibilidad de servicios sociales y sanitarios, así como la calidad y cantidad que ella recibe o espera recibir cuando estos servicios sean requeridos. Incluye el soporte comunitario voluntario (caridad religiosa, templos, hospitales públicos, etc.). El foco está puesto en la visión que el individuo tiene acerca del nivel de desempeño de los servicios sociales y sanitarios.

5. Oportunidades para adquirir información y aprendizaje

Examina la oportunidad y el deseo de una persona para aprender nuevas destrezas, adquirir nuevos conocimientos y sentirse en contacto con aquello que sucede. Incluye el estar en contacto con los hechos y noticias de lo que está ocurriendo en el entorno cercano o lejano (para algunas personas este “entorno” es muy abarcativo (noticias del mundo), para otros es más limitado (noticias de a ciudad). La centralidad de esta faceta radica en las chances de un individuo de satisfacer las necesidades de información, conocimiento y educación a las que aspira que, ciertamente, contribuyen en su calidad de vida.

6. Participación y oportunidades para la recreación y el ocio

Esta faceta explora la capacidad de la persona para disfrutar de las oportunidades y el interés para participar en pasatiempos, actividades recreativas y relajación (desde visitar amigos, hacer deportes, leer, mirar televisión, gastar el tiempo con la familia, hasta no hacer nada). Las preguntas de la encuesta apuntan a dos aspectos principales: la capacidad personal para el disfrute del ocio y la recreación y las oportunidades efectivas dentro de su medio de disfrute de aquél ocio y recreación.

7. Medio ambiente físico

Examina aquello que la persona siente y cree respecto de su medio ambiente. Incluye preguntas que abordan el tema del ruido, la polución, el

clima y la estética general del medio ambiente. Se pregunta si estos factores ambientales afectan positivamente o adversamente la calidad de vida.

8. Transporte

Esta faceta intenta determinar, desde el punto de vista de la persona, la accesibilidad del servicio de transporte. Las preguntas incluyen todo tipo de transporte que pueda estar disponible (bicicleta, auto, ómnibus). El foco de este aspecto del dominio ambiental está puesto en evaluar la medida en que los transportes están disponibles y permiten a la persona desarrollar las tareas necesarias para su vida diaria y medir, así mismo, la libertad de movimiento con que cuenta la persona para realizar las actividades que desea realizar.

Dominio VI: Espiritualidad/Religión/Creencias Personales.

Este sexto y último dominio, **Espiritualidad**, intenta evaluar el impacto de las creencias personales en la calidad de vida del individuo. En él se toma en consideración el conjunto de las creencias personales ligadas a su religiosidad y espiritualidad.

1. Espiritualidad/ Religión/Creencias personales

En esta faceta se indaga sobre las creencias personales del individuo y como estas afectan la calidad de vida. Las preguntas contemplan las diferencias de credos así como las creencias de quienes no se encuentran dentro de una orientación religiosa particular. Para muchas personas las creencias personales y la espiritualidad son una fuente de confort, bienestar, seguridad, sentido de pertenencia y fuerza; para otras, las ideas religiosas poseen una influencia negativa en la calidad de vida. Las preguntas tendientes a determinar la influencia de estas creencias en la calidad de vida contemplan estas diferentes alternativas.

Calidad de vida global y percepción general de la salud.

Para la OMS, la “calidad de vida” es: “La percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual el vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses.”²⁰ La “calidad de vida” –como hemos visto- es un concepto muy amplio y de difícil conceptualización, que contempla la ausencia de enfermedad pero de ningún modo se reduce a ello. En el concepto de “Calidad de Vida Global” confluyen de una manera compleja la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos salientes del medio ambiente.

La “Calidad de vida global y la percepción general de la salud” intenta brindar otro enfoque más sobre la calidad de vida general de los encuestados y se dispone junto al resto de los dominios con el objetivo de que la medición de la CV de los encuestados se ajuste de la forma más adecuada posible a la percepción que ellos mismo poseen sobre sus propias vidas.

²⁰ OMS. (1994)

**P
E
R
C
E
P
C
I
Ó
N
C
A
L
I
D
A
D
E
V
I
D
A**

CAPACIDAD FÍSICA
DOMINIO I

- 1. Dolor y Discomfort
- 2. Sueño y Descanso
- 3. Energía y Fatiga

PSICOLÓGICO
DOMINIO II

- 4. Sentimientos Positivos
- 5. Pensamiento, Aprendizaje, Memoria, Concentración
- 6. Autoestima
- 7. Imagen Corporal y Apariencia
- 8. Sentimientos Negativos

NIVEL DE INDEPENDENCIA
DOMINIO III

- 9. Movilidad
- 10. Actividades de la Vida Diaria
- 11. Dependencias de Medicinas y Ayuda Médica
- 12. Capacidad de Trabajar

RELACIONES SOCIALES
DOMINIO IV

- 13. Relaciones Personales
- 14. Actividad Sexual
- 15. Soporte Social

MEDIO AMBIENTE
DOMINIO V

- 16. Seguridad Física
- 17. Medio Ambiente Hogareño
- 18. Recursos Financieros
- 19. Cuidado Social y de la Salud: accesibilidad y calidad
- 20. Oportunidades para obtener Información
- 21. Participación en/ y Oportunidades para la Recreación y el Ocio
- 22. Medio Ambiente Físico (polución, ruido, clima)
- 23. Transporte

ESPIRITUALIDAD
CREENCIAS PERSONALES
DOMINIO VI

- 24. Espiritualidad/ Religión/ Creencias Personales

CALIDAD DE VIDA GLOBAL y
PERCEPCIÓN GENERAL DE SALUD

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Tipo de Diseño Metodológico:

Descriptivo de corte transversal

Universo de estudio:

El universo de la muestra está compuesto por 39 pacientes de edad avanzada de sexo femenino que han desarrollado el Tipo I de SDRC o DSR luego de sufrir una fractura de extremo distal de radio y que recibieron tratamiento de terapia ocupacional entre el mes de febrero del 2003 y el mes de marzo del 2005 en el Policlínico PAMI II de Rosario de la Provincia de Santa Fe.

Criterios de selección de la muestra:

Se usó el método no probabilístico accidental de manera de utilizar para el estudio los pacientes disponibles.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que han desarrollado el Tipo I de SDRC o DSR luego de sufrir una fractura de extremo distal de radio.
- Pacientes mayores a los 65 años de edad

Criterios de exclusión:

- Pacientes con patologías pre-existentes con severas deformidades: enfermedades sistémicas que afectan músculos y articulaciones como A.R., miopatías, politraumatismos de miembro superior.

Técnicas de recolección de los datos:

Recopilación Documental: Se revisaron las historias clínicas y se tomaron en consideración los datos de diagnóstico de Tipo I de SDRC o DSR, fractura de extremo distal de radio; la edad, el sexo, el estado civil y la educación alcanzada de los pacientes.²¹

Instrumento utilizado para la realización de la encuesta:

Versión Argentina del WHOQOL 100 de la Organización Mundial de la Salud. Este instrumento evalúa la percepción de los individuos acerca de su posición en la vida dentro del contexto de la cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses. Fue desarrollado de una manera colaborativa en 15 grupos culturales diferentes durante varios años y ha sido testeado en 37 centros. Es una escala compuesta por 100 preguntas que actualmente existe en formas directamente comparables en 29 versiones de lenguaje. Suministra un perfil multidimensional de los puntajes a través de los dominios y sub- dominios (facetas) de la calidad de vida. El WHOQOL 100 produce un perfil de calidad de vida; es posible obtener puntajes de 6 diferentes dominios, 24 puntajes de facetas específicas y un puntaje de la faceta general que mide calidad de vida global y salud general. Los puntajes de los 6 dominios denotan una percepción individual de calidad de vida en los siguientes dominios: Físico, Psicológico, Nivel de Independencia, Relaciones Sociales, Medio Ambiente y Espiritualidad.

Análisis del factor confirmatorio de la estructura del WHOQOL 100

La estructura conceptual del WHOQOL 100 asume que los 6 dominios contribuyen a la evaluación global de la calidad de vida. El análisis del factor confirmatorio es un método utilizado para testear si los datos coinciden con un modelo hipotético. Una coincidencia aceptable para un modelo particular ocurre cuando se cumplen una serie de condiciones, por ejemplo cuando un índice de coincidencias como el “Índice de Coincidencias Comparadas” (CFI) es mayor de 0.9. Para el WHOQOL 100 el CFI fue

²¹ Veáse el ANEXO N° 1: “Datos de la Población”.

de 0.975, demostrando que el modelo de factor único coincide con los datos de manera extremadamente satisfactoria.

Validez discriminante

Luego de la confirmación de la estructura de 6 dominios, se calcularon los puntajes promedios para las facetas y dominios tanto en la población sana como en la enferma. El WHOQOL 100 fue capaz de discriminar entre los entrevistados sanos y enfermos en todos los dominios. Las mayores diferencias entre estos grupos se encontraron en el Dominio Nivel de Independencia, con puntajes un 18,5% más bajos para los individuos enfermos en relación a los sanos.

Consistencia Interna:

Los niveles de confiabilidad, evaluada por el *coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach*, oscilaron para los 6 dominios entre .71 (para el dominio 4) y .86 (para el dominio 5), demostrando una buena consistencia interna de los dominios

Validez:

Para el análisis de la validez de la versión Argentina del WHOQOL 100, el grupo local de la OMS se basó en la teoría de los grupos conocidos, comparando los puntajes de la muestra poblacional con tres grupos de pacientes con diferentes condiciones médicas: Hipertensión (n=50), Cáncer de mama (n=44) y lumbalgia (n=87) bajo la hipótesis que los pacientes debían tener puntajes más bajos en casi todos los dominios. Esto se confirmó y la diferencia alcanzó niveles de significación estadística. Simultáneamente y bajo el mismo marco teórico se postuló que las personas con menores ingresos y más bajo nivel educacional tendrían los puntajes más bajos. Esto también fue confirmado.

TÉCNICAS DE MEDICIÓN UTILIZADAS

Administración del WHOQOL – 100:

Para esta investigación la medición se realizó por medio de la administración del instrumento por parte del entrevistador. Las preguntas formularon en el mismo orden que contiene el cuestionario, sin ningún cambio en las instrucciones ni en los encabezados. Las preguntas se encuentran agrupadas por formato de respuesta.

Cálculo del puntaje de los dominios.

Los puntajes de los dominios del WHOQOL – 100 se calcularon tomando la media de todos los ítems incluidos en cada dominio y multiplicándolo por un factor de 4. Estos puntajes fueron finalmente transformados a una escala de 0 – 100 puntos; usando la siguiente formula:

$$\text{PUNTAJE TRANSFORMADO} = (\text{PUNTAJE} - 4) \times (100/16)$$

Marco y tiempo de referencia:

Se utilizó un marco de tiempo de dos semanas, sin embargo pueden ser necesarios otros marcos de tiempo en subsecuentes etapas del tratamiento.

Escala de respuestas:

Las preguntas que conforman el WHOQOL – 100 provienen de un proceso diseñado para capturar tanto la interpretación específicamente cultural de las facetas de calidad de vida como el aspecto lingüístico, por lo que fue inevitable y necesaria alguna diversidad en la naturaleza y estructura de las preguntas. Para lograr esto, se desarrollaron 4 escalas de respuesta de 5 puntos relacionadas con la intensidad, capacidad, frecuencia y evaluación de los estados o conducta; y una escala métrica donde debieron ubicarse los descriptores intermedios. Esto es, los descriptores para cada una de las escalas de respuestas se originaron en la selección de palabras/ términos que caen en los puntos correspondientes al 25%, 50% y 75% entre los dos extremos.

- **Intensidad:** Se refiere al grado o la extensión en la cual una persona experimenta un estado o situación (por ejemplo intensidad del dolor). Se asume que la experiencia de un estado más intenso está asociada con cambios correspondientes en la calidad

de vida. Se usa una escala de respuesta para evaluar intensidad; los extremos de la escala son “Nada” y “En extremo” o “Extremadamente”.

- **Capacidad:** Se refiere a la capacidad para un sentimiento, estado o conducta. La asunción es que una capacidad más completa esta asociada con cambios correspondientes en la calidad de vida. Los puntos extremos serían “Nada” y “Totalmente”.
- **Frecuencia:** Se refiere al número de frecuencia habitualidad o grado de un estado o conducta. Se asume que cuantas más veces ocurra el estado o conducta, mayores serán los cambios correspondientes en la calidad de vida. Los extremos de la escala son “Nunca” y “Siempre”.
- **Evaluación:** Se refiere a la apreciación de un estado, capacidad o conducta. La asunción es que una evaluación más positiva está asociada con un incremento correspondiente en la calidad de vida del entrevistado. Los puntos extremos son "Muy feliz" / “Muy infeliz”; “Muy satisfecho” / “ Muy insatisfecho” y “ Muy bueno” / “ Muy malo”. Esta escala de respuestas difiere de la intensidad, frecuencia y capacidad en que tiene un punto medio neutral y en que los extremos de la escala no son extremos absolutos, para maximizar el uso completo de la escala.

Análisis de los datos:

Los datos se procesaron siguiendo las instrucciones suministradas por la delegación local de la Organización Mundial de la Salud.

**AVANCE DE LA MUJER DE LOS AÑOS
MAYORES SEGÚN ENCUESTA VIGGOL 19
REALIZADA EN EL POLICÉNICO PAMI E DE
BARRIO SAN JUAN DE ARGENTINA, AÑO 1995**

Gráfico 1. Edad.

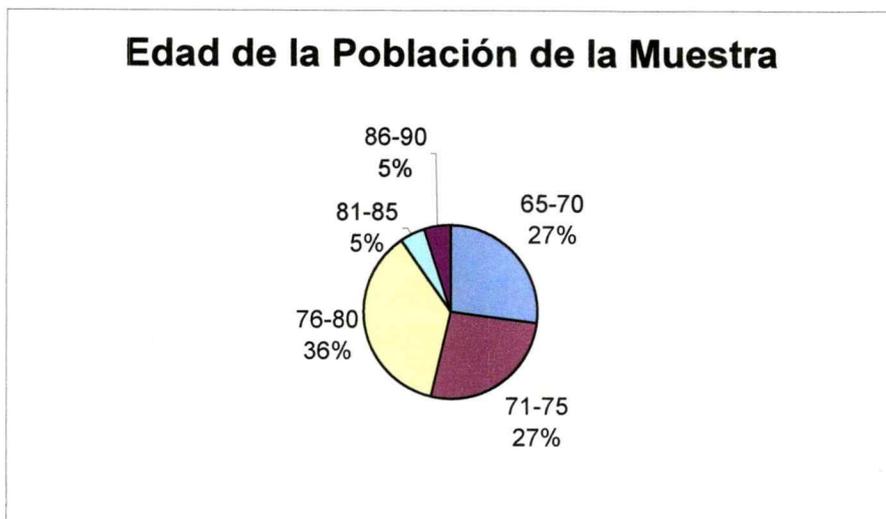


Gráfico 2. Estado Civil.

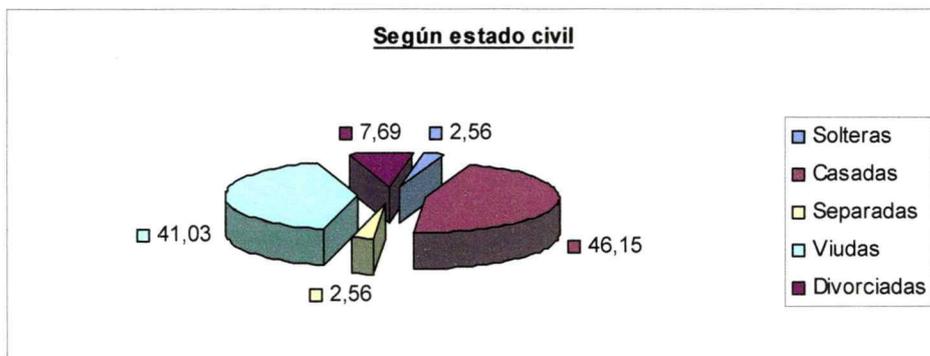


Gráfico 3. Nivel de Educación:

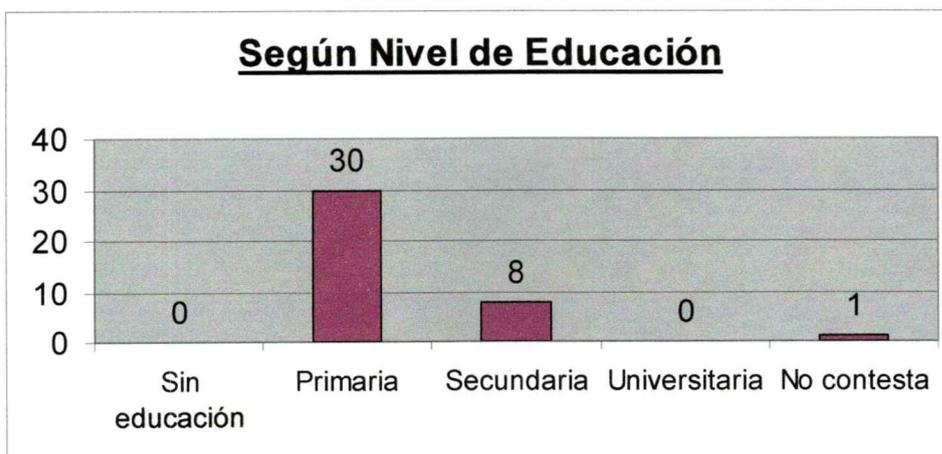
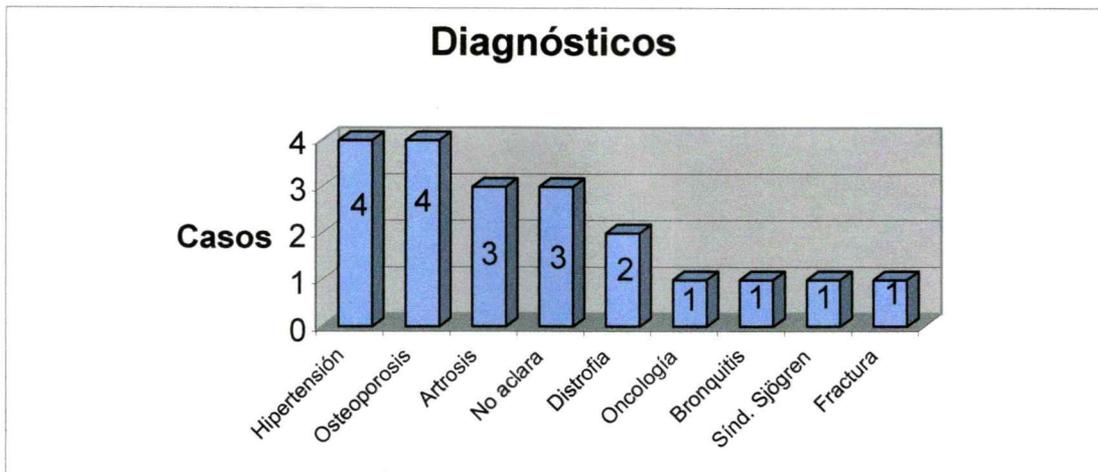


Gráfico 4. Diagnóstico.



RESULTADOS DEL TEST DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Con el objetivo de alcanzar un resultado estimado de la *Percepción de la Calidad de vida* de los adultos mayores con SDRC Tipo I hemos tenido que: (1) transformar los valores obtenidos a partir de la encuesta en puntajes correspondientes a una escala de 0-100; (2) volcar estos valores de cada una de las *facetas* pertenecientes a los distintos *dominios* en una planilla de trabajo¹; (3) obtener los puntaje de cada *dominio* consolidando los valores de sus distintas *facetas*; (4) sumar y sacar la *media* de cada *dominio* para obtener así una muestra estadísticamente consistente de la percepción de la calidad de vida; por último, (5) hemos transformado los valores así obtenidos en valores cualitativos que nos permiten justipreciar el estado de la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores:

Valores Cualitativos en función del puntaje:

MUY MAL 0-20 pts.	MAL 21-40 pts.	NORMAL 41-60 pts.	BUENO 61-80 pts.	MUY BUENO 81-100 pts.
-----------------------------	--------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------------------------

DOMINIO I: CAPACIDAD FÍSICA

La encuesta sobre CV evidenció para el dominio “Capacidad Física” un puntaje promedio de 59,57 puntos (**NORMAL**) en la escala de 0 a 100 con un desvío standard de 11,48. La mayor concentración de casos (14) se ubicó entre los puntajes de 61 y 70; siendo los valores **máximos** y **mínimos** de la serie **86,66** y **41,66** puntos respectivamente. Del análisis efectuado se desprende que en el 95% de los casos analizados la percepción de los entrevistados respecto de su capacidad física fue **NORMAL (51%) o BUENA (44%)**. Se desprende así mismo del análisis de las *facetas* pertenecientes a este dominio que: la *faceta* “Dolor” muestra un valor medio (62,08) superior a las restantes *facetas* del dominio ubicándole en el valor cualitativo **BUENO** (ver gráfico a.2).

¹ Se adjunta al final del presente escrito una serie de planillas anexas que permiten evaluar el trabajo efectuado.

**MEMORIAS DE LA MUESTRA DE ABILLOS
NOMBRES SEGÚN ENCUESTA MUNDIAL 19
REALIZADA EN EL DOMINGO PASO 11 DE
NOVIEMBRE, SAN JUAN, ARGENTINA, AÑO 1991**

Gráfico a.1

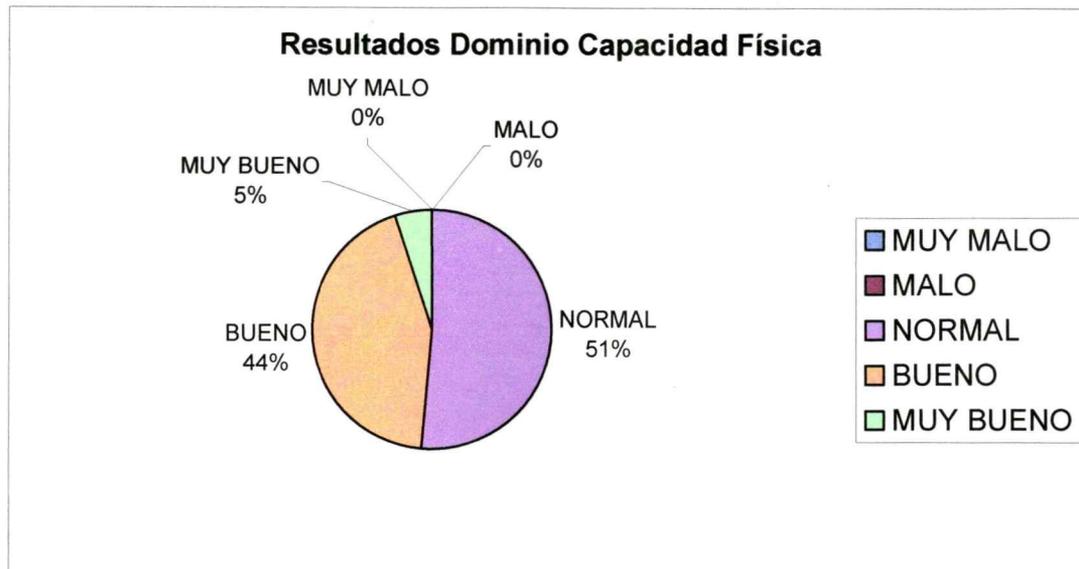


Gráfico a.2: Media de las facetas pertenecientes al dominio “Capacidad Física”.

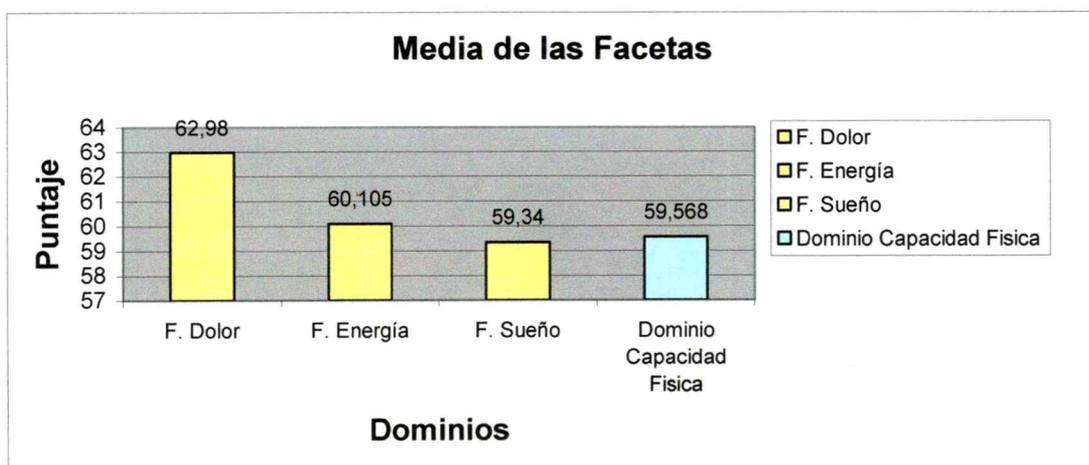
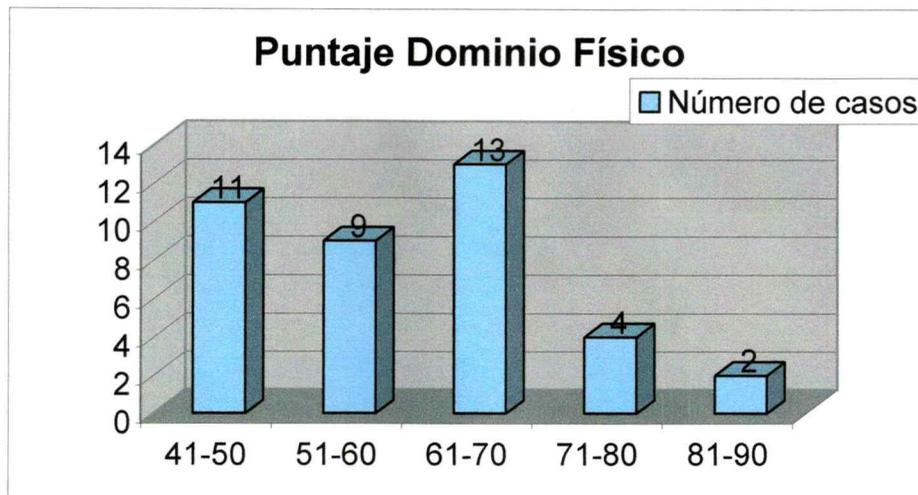
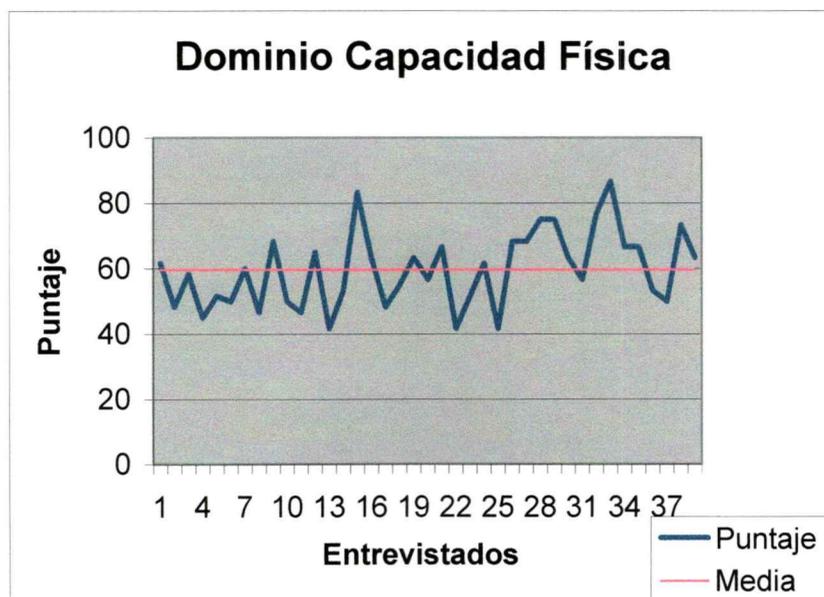


Gráfico a.3: Número de casos por puntaje del dominio “Capacidad Física”.

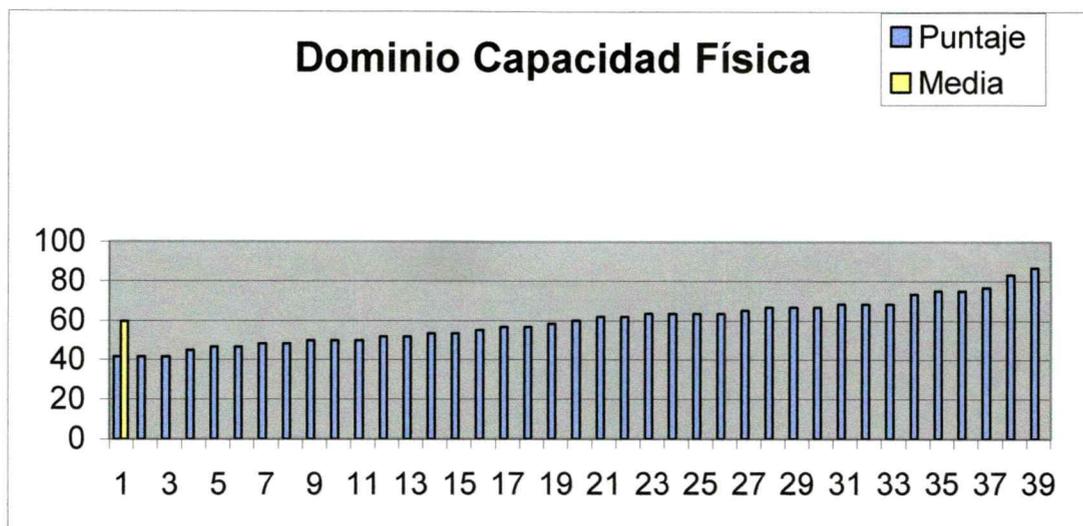
Este gráfico evidencia que la mayor frecuencia de puntajes (13) se inscribe dentro de un rango de entre 61 y 70 pts, equivalente a una apreciación de la propia capacidad física de los entrevistados como **BUENA**.

Gráfico a.4

Este gráfico evidencia el rango dentro del cual se ubican los puntajes correspondientes al dominio “Capacidad física”. Para el 95% de los casos los puntajes

oscilan en un rango de entre 40 y 80 puntos correspondiente a una valorización de la capacidad física como **NORMAL** o **BUENA**.

Gráfico a.5: Resultado de la encuesta según dominio “Capacidad Física” de los Adultos Mayores con Síndrome Regional Complejo Tipo I.



Dominio II: Psicológico

Para el dominio “Psicológico” la *media* de los valores hallada fue de **64.5 (BUENO)** puntos en la escala de 0 a 100 con un desvío standard de 8,51. La mayor concentración de casos (19) se ubicó entre los puntajes de 61 y 70; siendo los valores **máximos** y **mínimos** de la serie 81 y 47 puntos respectivamente. Del análisis efectuado se desprende que en el 97% de los casos analizados la percepción de los entrevistados respecto de su estado psicológico fue **BUENA (71%)** o **NORMAL (26%)**.

A partir del análisis de las facetas del dominio se destaca la faceta “Sentimientos Negativos” por ser aquello cuya media se encuentra casi 10 pts. por debajo del resto (si bien permanece dentro del valor **NORMAL**).

Gráfico b.1

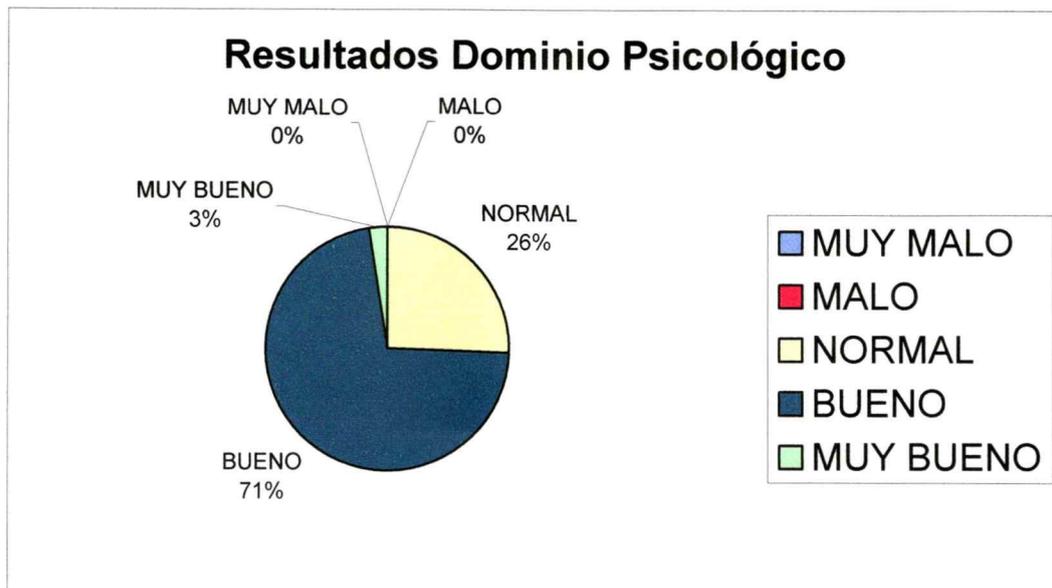


Gráfico b.2: Media de las *facetas* pertenecientes al dominio “Psicológico”.

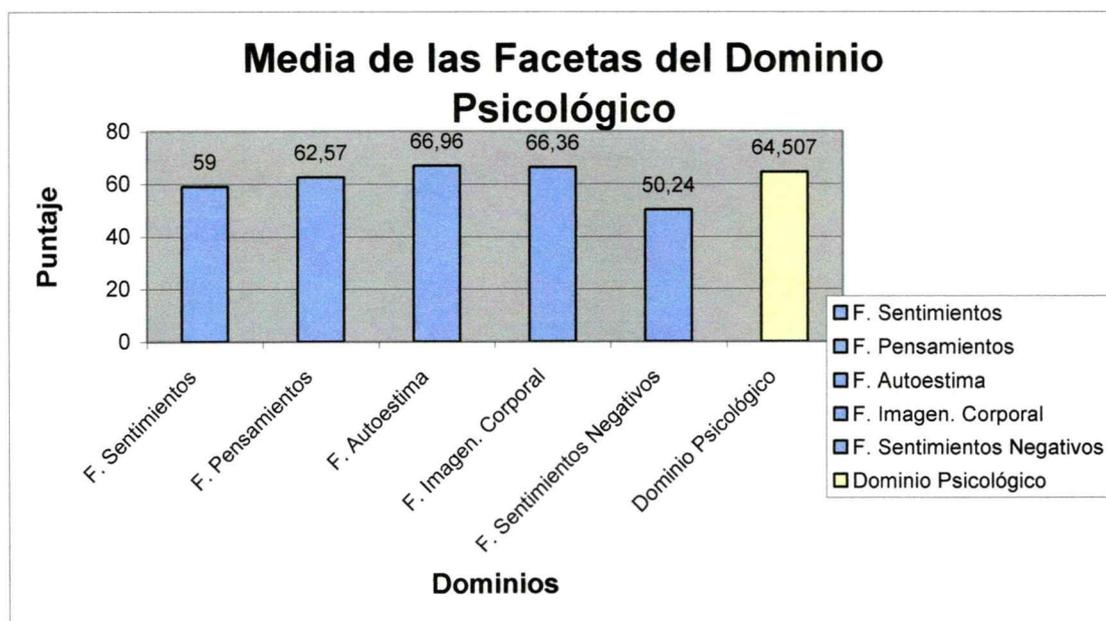
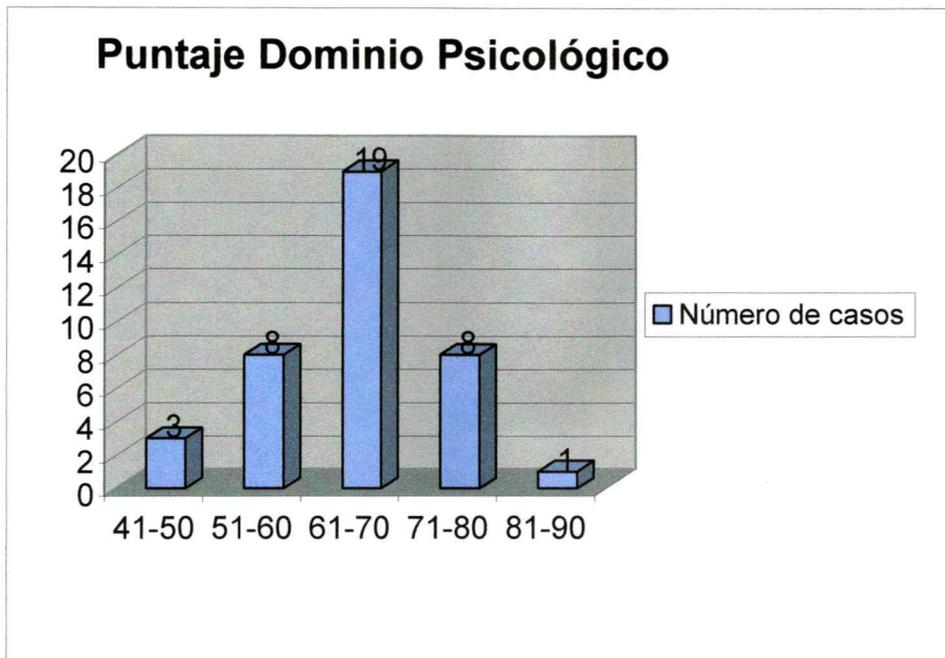
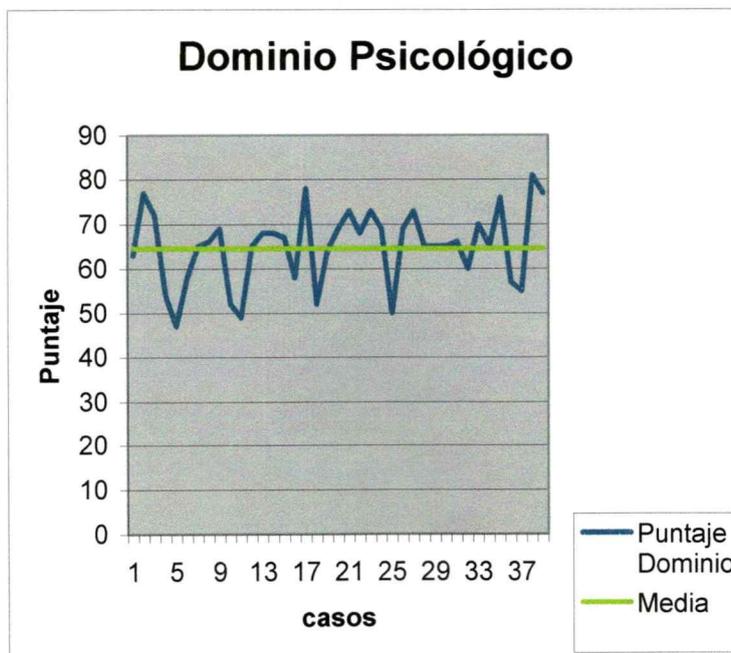


Gráfico b.3: Número de casos por puntaje del dominio “Psicológico”.



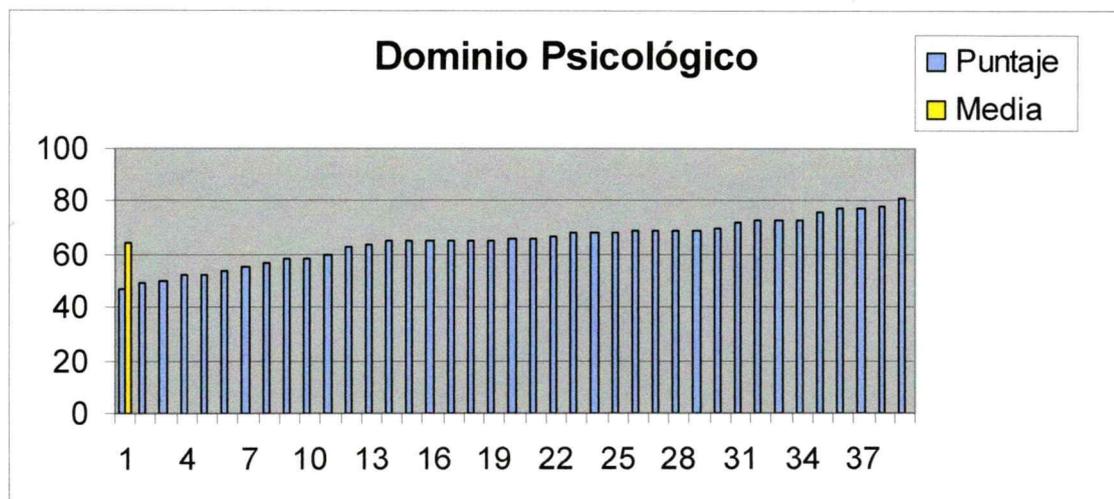
Este gráfico muestra claramente como la mayor frecuencia de puntajes (19) se inscribe dentro de un rango de entre 61 y 70 puntos, equivalente a una apreciación de la propia capacidad psicológica de los entrevistados como **BUENA**.

Gráfico b.4.



El gráfico anterior evidencia el rango dentro del cuál se ubican los puntajes correspondientes al dominio “Psicológico”. Para 36 casos de la muestra los puntajes oscilan en un rango de entre 50 y 80 puntos correspondiente a una valorización de la capacidad psicológica como **NORMAL o BUENA**

Gráfico n° b.5: Resultado de la encuesta según dominio “Psicológico” de los Adultos Mayores con Síndrome Regional Complejo Tipo I.



Dominio III: Nivel de Independencia

Para este tercer dominio, *Nivel de Independencia*, la media de los valores hallada fue de 61,11 puntos (**BUENA**) en la escala de 0 a 100 con un desvío standard de 9,78. La mayor concentración de casos (17) se ubicó entre los puntajes de 61 y 70 (**BUENO**); siendo los valores **máximos** y **mínimos** de la serie **87,5** y **38,75** puntos respectivamente. Del análisis efectuado se desprende que para 36 casos analizados la percepción de los entrevistados respecto de su nivel de independencia fue **NORMAL (33%)** o **BUENO (59%)**.

Por su parte, el análisis de las facetas del dominio muestra que la *media* de las facetas dentro de este dominio ronda el puntaje de 60 pts. Siendo la faceta “**Dependencia a la Medicación**” la única que muestra un promedio inferior (10 pts).

Gráfico c.1

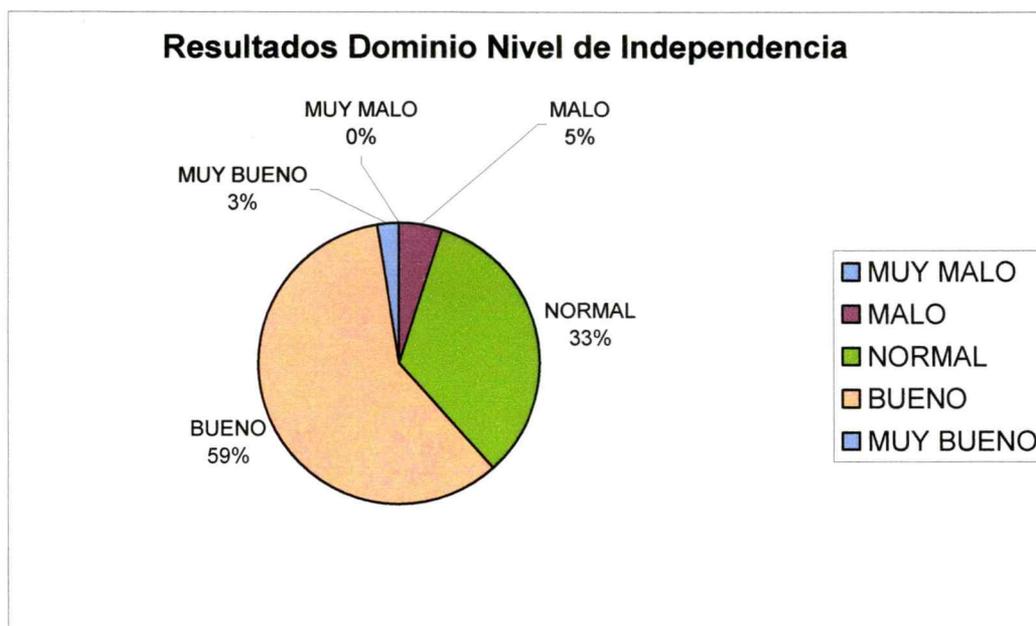


Gráfico c.2: Media de las *facetas* pertenecientes al dominio “Nivel de Independencia”.

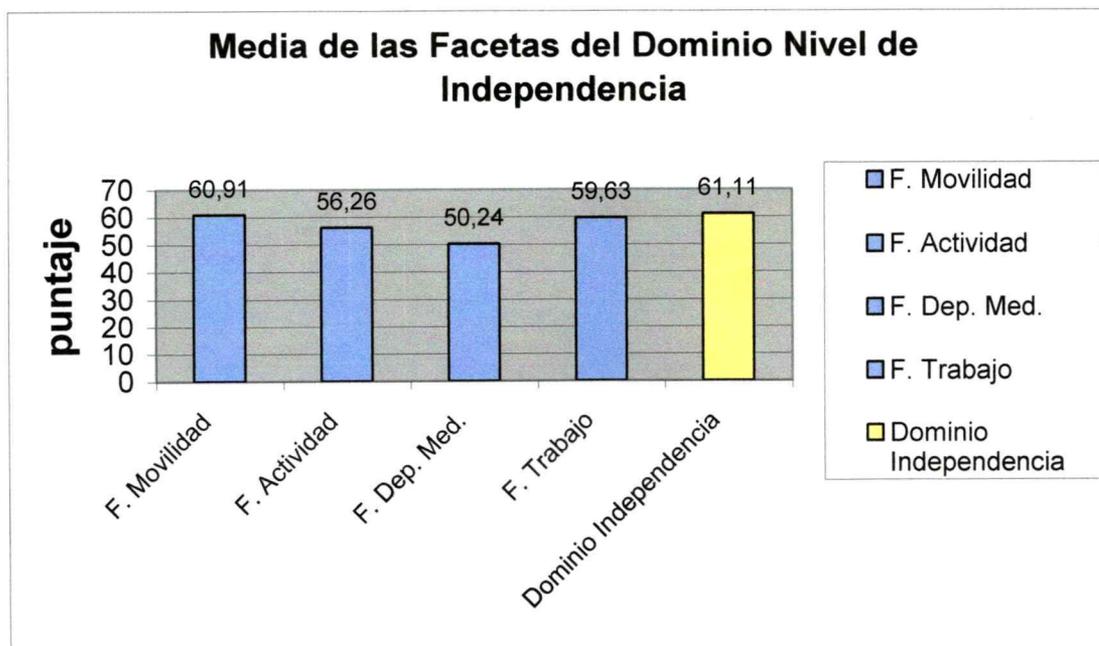
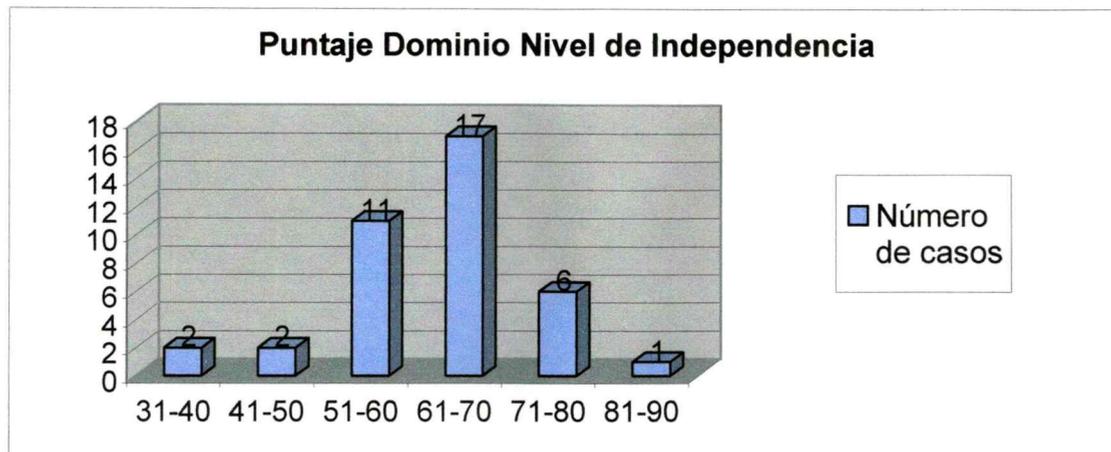
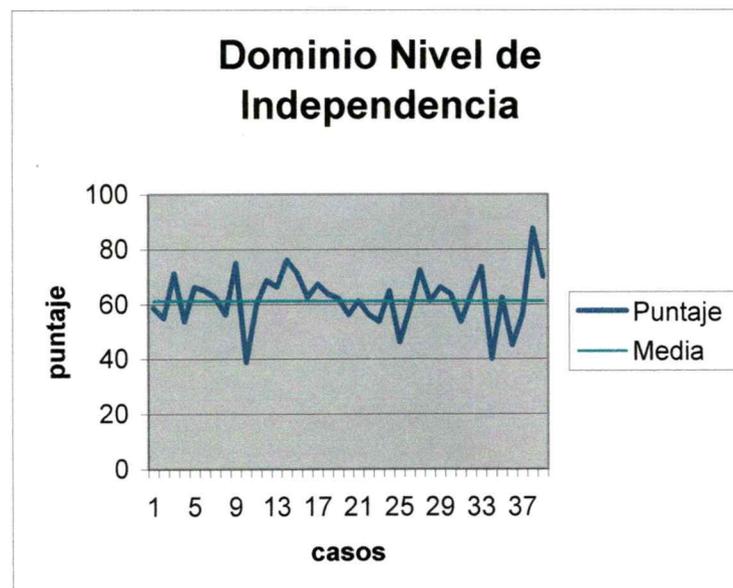


Gráfico c.3: Número de casos por puntaje del dominio “Nivel de Independencia”.

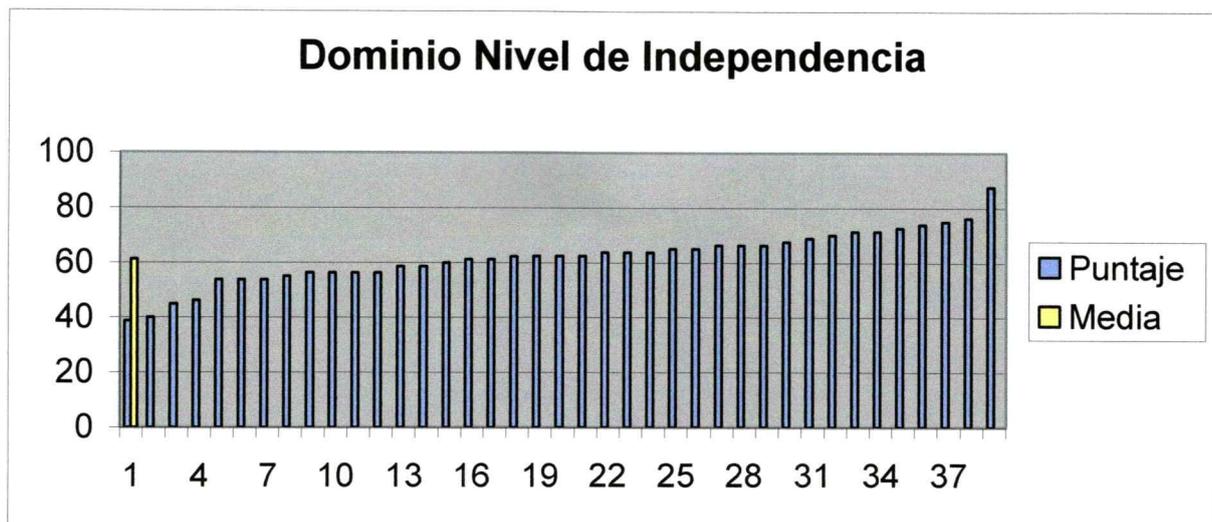
Este gráfico muestra como la mayor frecuencia de puntajes se inscribe dentro de un rango de entre 61 y 70 puntos, equivalente a una apreciación del “nivel de independencia” de los entrevistados como **BUENA**.

Gráfico c.4

Se destaca que en el gráfico el rango dentro del cuál se ubican los puntajes correspondientes al dominio “Nivel de Independencia”. Para el 92% de los casos los

puntajes oscilan en un rango de entre 41 y 80 puntos correspondiente a una valorización del propio nivel de independencia como **NORMAL** o **BUENO**.

Gráfico c.5: Resultado de la encuesta según dominio “Nivel de Independencia” de los Adultos Mayores con Síndrome Doloroso Regional Complejo Tipo I.



Dominio IV: Relaciones Sociales

Para el dominio “Relaciones Sociales” el puntaje promedio fue de 67,73 pts (**BUENO**) en la escala de 0 a 100 con un desvío standard de 10,67. La mayor concentración de casos (16) se ubicó entre los puntajes de 61 y 70; siendo los valores **máximos** y **mínimos** de la serie **88,33** y **38,33** pts respectivamente. Del análisis efectuado se desprende que en el **67%** de los casos analizados la percepción de los entrevistados respecto de sus relaciones sociales es **BUENA** y en un **15% MUY BUENA**.

En cuanto a las facetas, este dominio presenta altos promedios para dos de ellas. Tanto la *media* de la faceta “**SopORTE Social**” (70,48 pts.) como la de la faceta “**Relaciones Personales**” (73,42 pts.) supera el valor de 70 puntos. Si bien la faceta

“Sexualidad” posee una media de sólo 55,85 pts., las dos facetas antes citadas determinan que el valor general del dominio sea **BUENO**.

Gráfico d.1

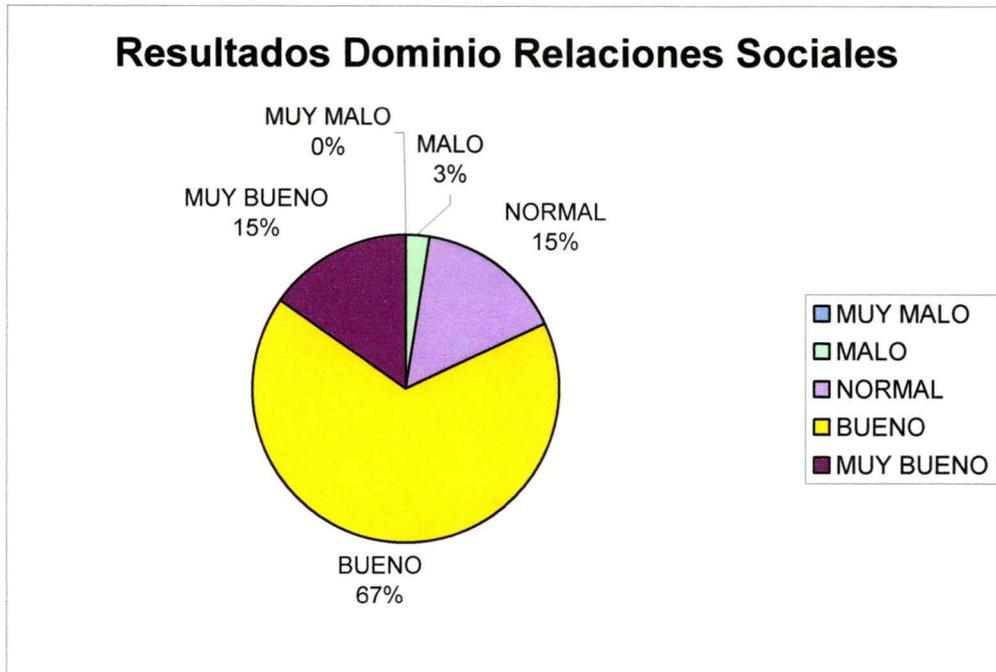


Gráfico d.2: Media de las *facetas* pertenecientes al dominio “Relaciones Sociales”.

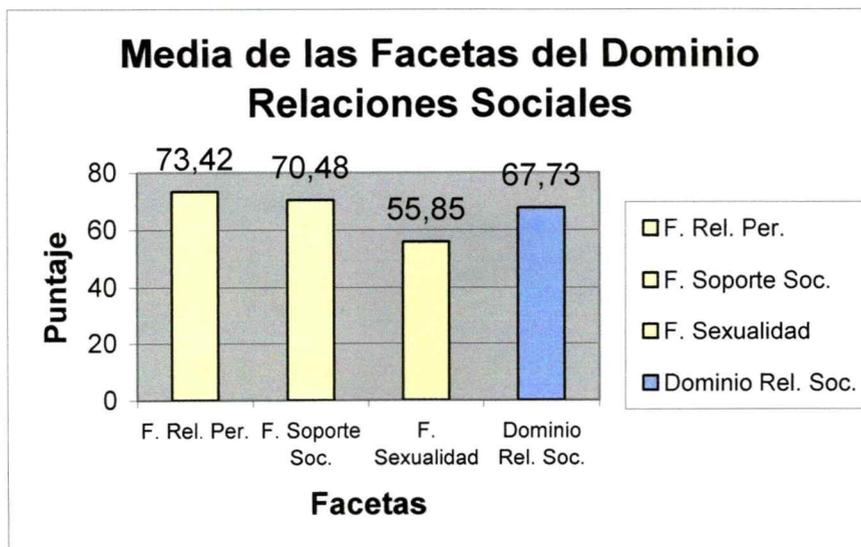
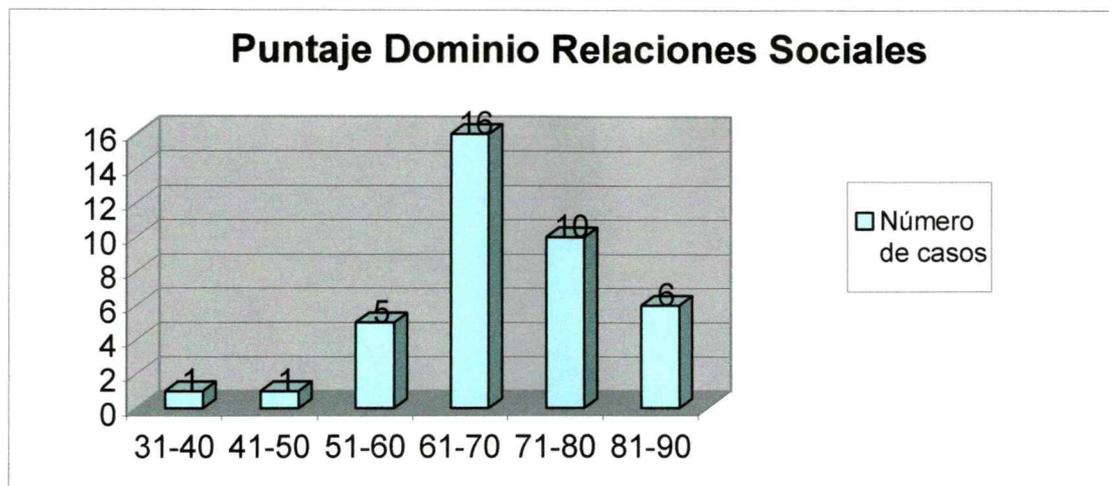


Gráfico d.3: Número de casos por puntaje del dominio “Relaciones Sociales”.



Este gráfico d.3 evidencia que la más alta frecuencia de puntajes (16) se inscribe dentro de un rango de entre 61 y 70 pts. correspondiente al valor **BUENO**.

Gráfico d.4:

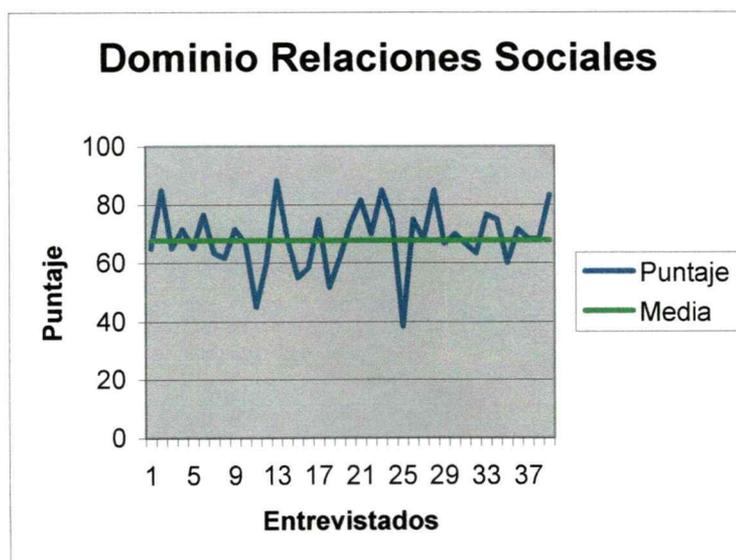
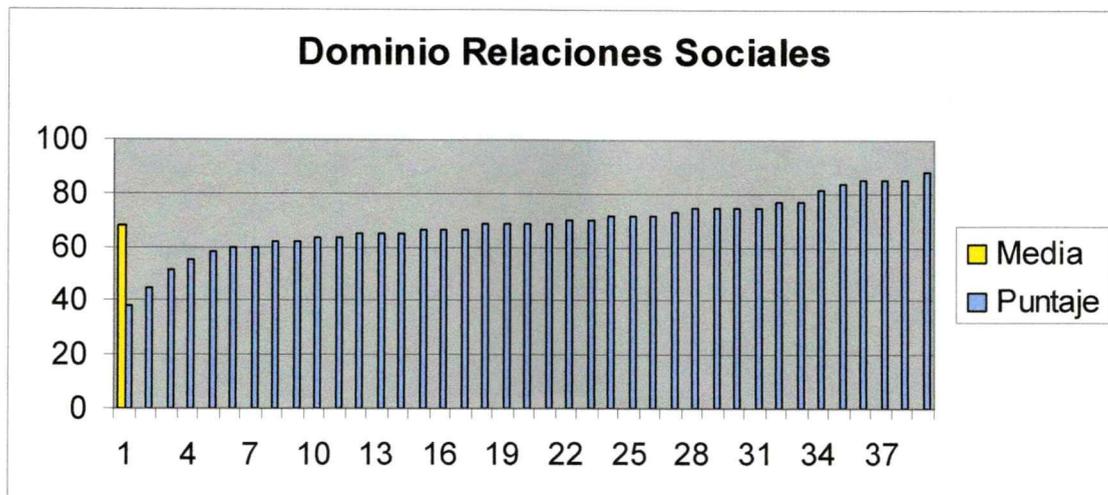


Gráfico d.5 Resultado de la encuesta según dominio “Relaciones Sociales” de los Adultos Mayores con Síndrome Regional Complejo Tipo I.



Dominio V: Medio Ambiente

Para el dominio “Medio Ambiente”, la encuesta sobre CV evidenció un puntaje promedio de 62,84 puntos en la escala de 0 a 100 con un desvío standard de 8,69. La mayor concentración de casos (17) se ubicó entre los puntajes de 61 y 70 correspondiente al valor **BUENO**; siendo los valores **máximos** y **mínimos** de la serie **78,75** y **37,5** puntos respectivamente. Del análisis efectuado se desprende que en el 97% de los casos analizados la percepción de los entrevistados respecto de su medio ambiente fue **NORMAL (31%)** o **BUENA (66%)**.

En cuanto a las facetas de este dominio: “Hogar” y “Servicios” poseen los valores promedios más altos (70,42 y 72,6 pts. respectivamente) mientras que la faceta “Finanzas” es aquella cuyo promedio es el más bajo (51,55 pts.)

Gráfico e.1

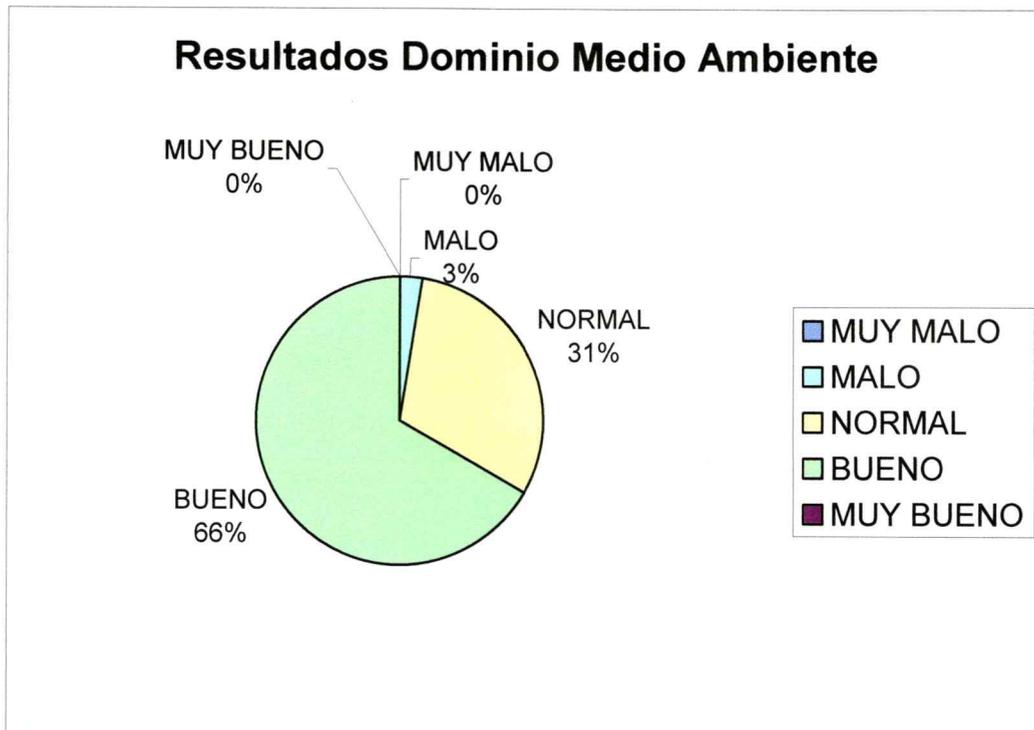


Gráfico e.2: Media de las *facetas* pertenecientes al dominio “Medio Ambiente”.

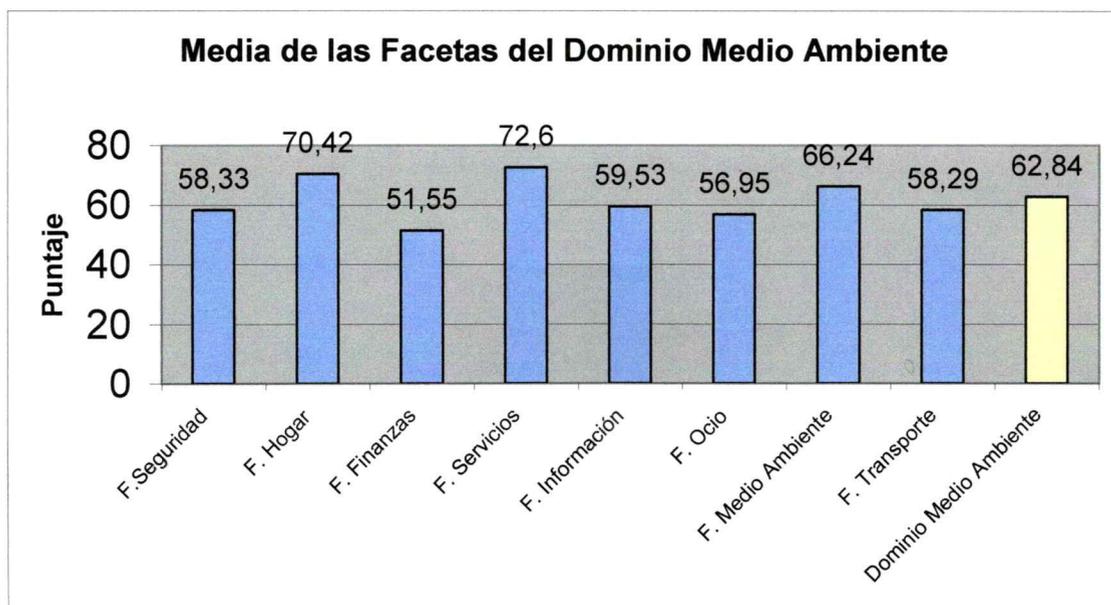
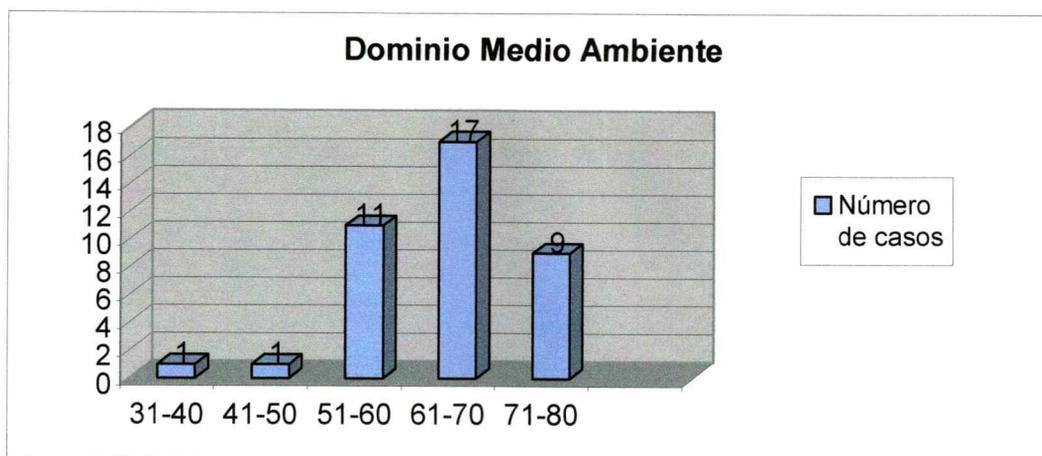
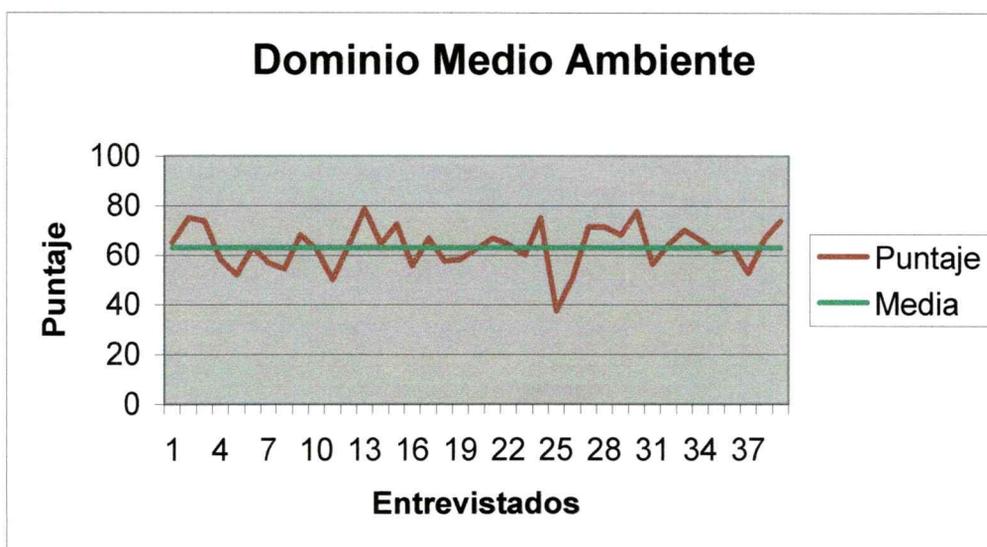


Gráfico e.3: Número de casos por puntaje del dominio “Medio Ambiente”.



El gráfico e.3 evidencia que la mayor frecuencia de puntajes se inscribe dentro de un rango de entre 61 y 70 puntos, equivalente a una apreciación del medio ambiente de los entrevistados como **BUENO**.

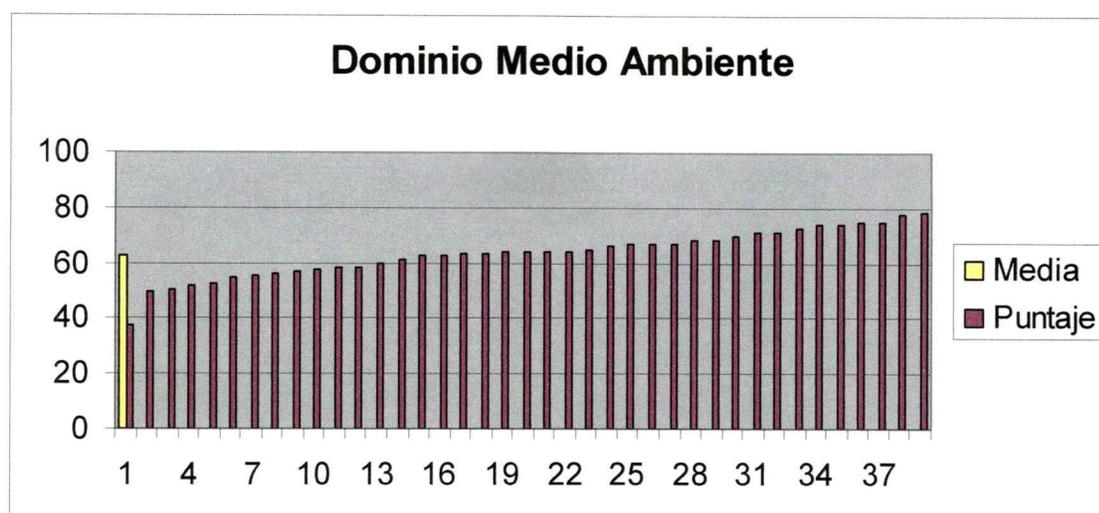
Gráfico e.4



El gráfico muestra el rango dentro del cuál se ubican los puntajes correspondientes al dominio “Medio Ambiente” Para el 97% de los casos los puntajes oscilan en un rango

de entre 41 y 80 puntos correspondiente a una valorización del medio ambiente como **NORMAL o BUENO**.

Gráfico e.5: Resultado de la encuesta según dominio “Medio Ambiente” de los Adultos Mayores con Síndrome Regional Complejo Tipo I.



Dominio VI: Espiritualidad

La encuesta sobre CV evidenció para el dominio “Espiritualidad y Creencias Personales” un puntaje promedio de 70,73 puntos (**BUENO**) en la escala de 0 a 100 con un importante desvío standard de 17,32. La mayor concentración de casos (12) se ubicó entre los puntajes de 71 y 80; siendo los valores **máximos** y **mínimos** de la serie **100** y **20** puntos respectivamente. Del análisis efectuado se desprende que en el 94% de los casos analizados la percepción de los entrevistados respecto de esta faceta fue **NORMAL (23%)**, **BUENA (43%)** o **MUY BUENA (28%)**, mostrando así una gran dispersión entre valores de este dominio.

Gráfico f.1

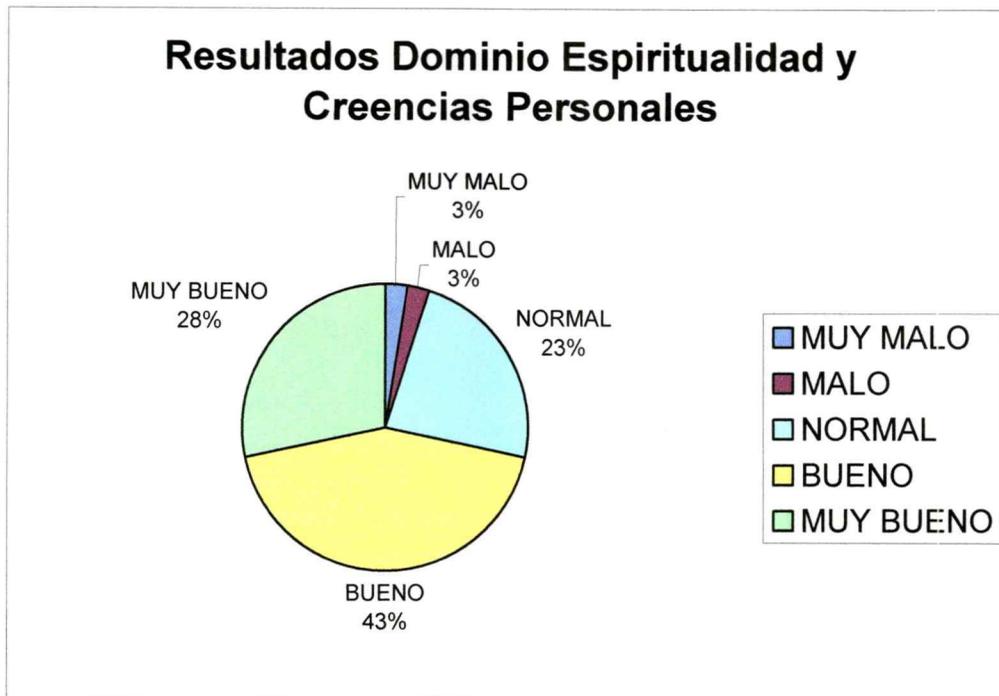
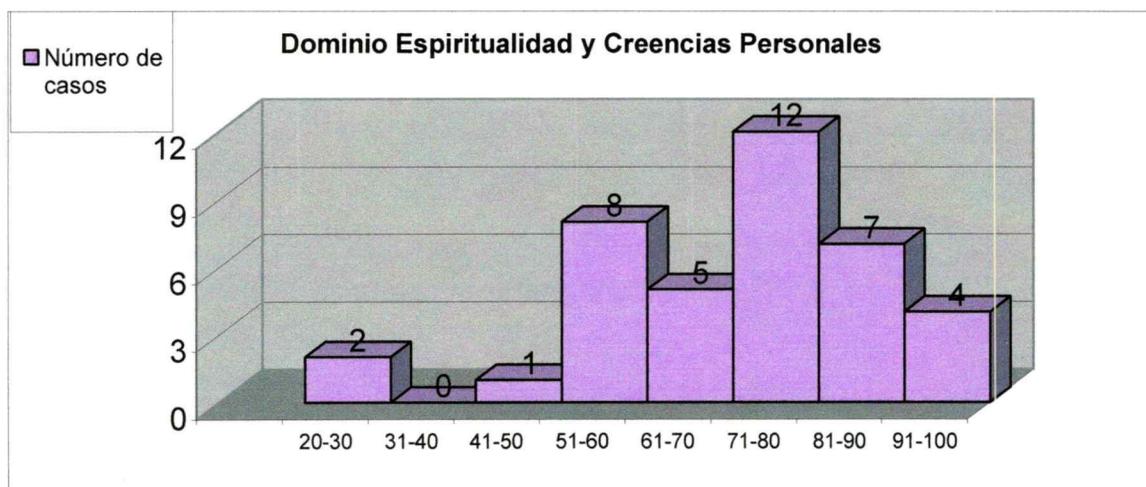


Gráfico f.2: Número de casos por puntaje del dominio “Espiritualidad”.



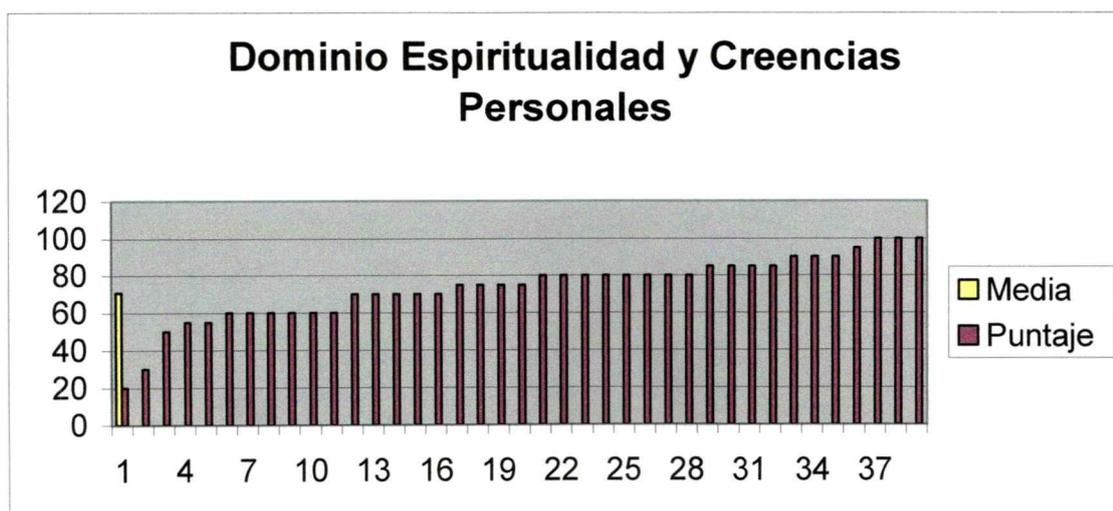
Este gráfico evidencia que la mayor frecuencia de puntajes (12) se inscribe dentro de un rango de entre 71 y 80 pts, equivalente a una apreciación de la propia espiritualidad y creencias personales de los entrevistados como **BUENA**.

Gráfico f.3



El grafico más arriba expuesto (f.3) destaca la gran dispersión entre los valores individuales, ellos varían desde el valor de 20 pts hasta el valor de 100 pts. (probablemente esta gran dispersión se deba a que este dominio sólo contempla una única faceta).

Gráfico f. 4: Resultado de la encuesta según dominio “Espiritualidad y Creencias Personales” de los Adultos Mayores con Síndrome Regional Complejo Tipo I.



Calidad de Vida General y Percepción General de la Salud

En cuanto a la Calidad de Vida General y la Percepción General de la Salud de los adultos mayores con SDRC Tipo I, la encuesta sobre CV mostró un puntaje promedio de 62,11 puntos (**BUENO**) en la escala de 0 a 100 con un desvío standard de 15,56. La mayor concentración de casos (13) se ubicó entre los puntajes de 61 y 70; siendo los valores **máximos** y **mínimos** de la serie **100** y **25** puntos respectivamente. Del análisis efectuado se destaca que la percepción de los entrevistados respecto de su calidad de vida general es **NORMAL (33%)**, **BUENA (46%)** o **MUY BUENA (13%)**.

Gráfico g.1

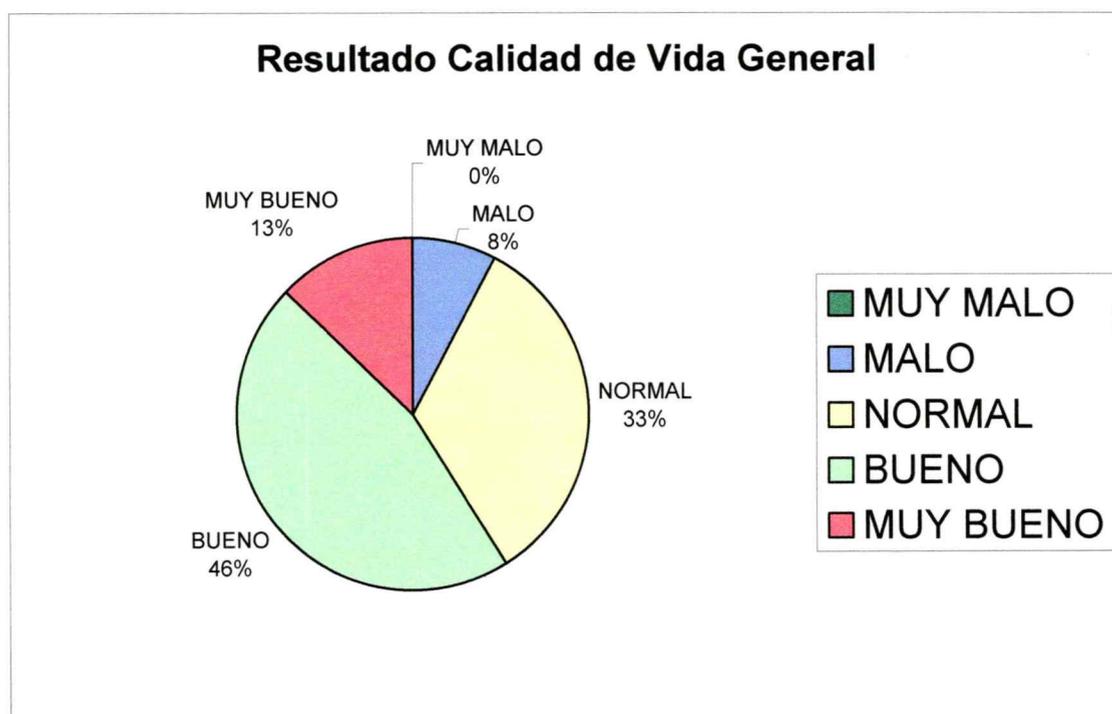
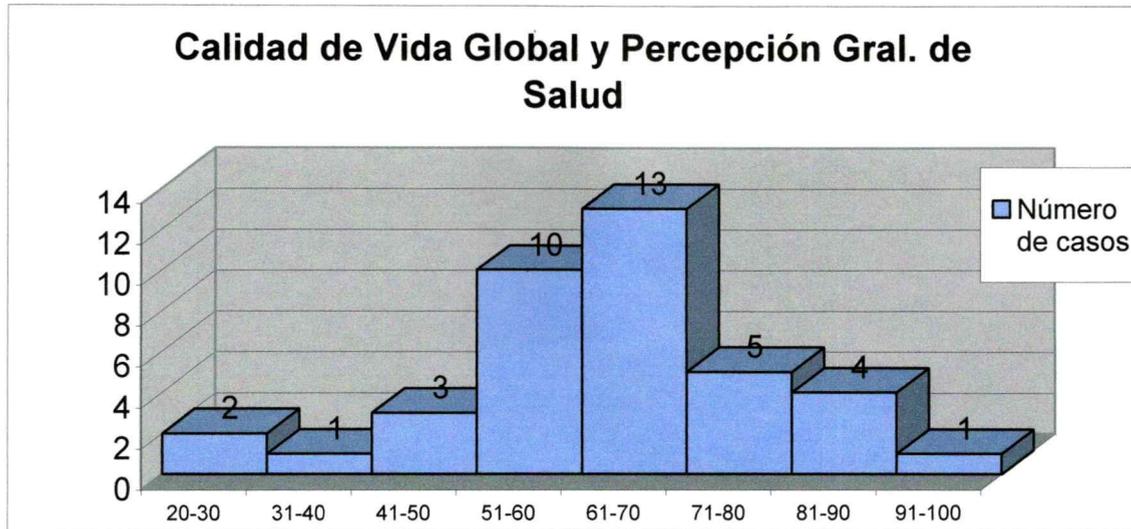


Gráfico g.2: Número de casos por puntaje para la evaluación de la “Calidad de Vida Global y la Percepción Gral. de la Salud”.

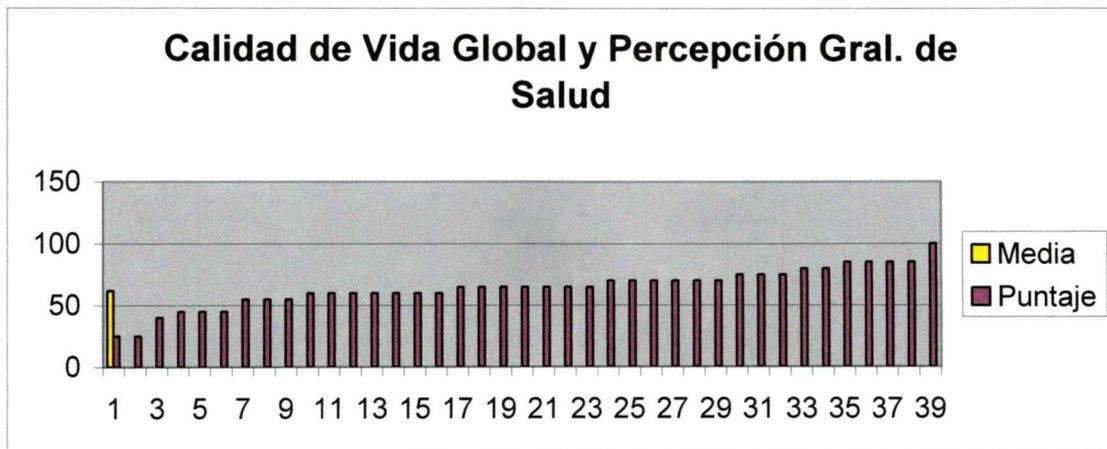


Este gráfico evidencia que la mayor frecuencia de puntajes (13) se inscribe dentro de un rango de entre 61 y 70 pts, equivalente a una apreciación de la propia “Calidad de Vida Global y Percepción Gral. de la Salud” de los entrevistados como **BUENA**.

Gráfico g.3:



Gráfico g. 4: Resultado de la encuesta para la evaluación de la Calidad de Vida Global y Percepción Gral. de Salud de los Adultos Mayores con Síndrome Regional Complejo Tipo I.



Síntesis de los resultados del análisis de los Dominios y de la Calidad de Vida General:

Los resultados de la encuesta sobre CV muestran que los *dominios* y la percepción de la *calidad de vida general* de los adultos mayores con SDRC Tipo I se sitúan entre los puntajes de **59,56** y **70,73**, correspondientes a una valorización de la percepción de la calidad de vida de los entrevistados como **BUENA** con un número importante de casos en que se considera los distintos aspectos de la calidad de vida como **NORMALES** y en menor medida como **MUY BUENOS**.

La relación entre los distintos dominios no demuestra significativas diferencias porcentuales, se destaca sin embargo que el dominio “Espiritualidad y Creencias Personales” posee la *media* más alta (70.73) mientras que el dominio “Físico” muestra la *media* más baja (59,56).

Con respecto a las facetas de los distintos dominios cabe señalar que ellas no presentan tampoco diferencias significativas. Las facetas: “**Soporte Social**”, “**Hogar**”, “**Servicios**”, “**Relaciones Personales**” y “**Espiritualidad**” muestran los índices más altos en puntaje mientras que las facetas: “**Finanzas**”, “**Dependencia a la Medicación**” y “**Sentimientos negativos**” presentan los promedios de puntaje más bajos (ver gráfico h.2).

Gráfico h.1: Resultado final de la encuesta por dominio.

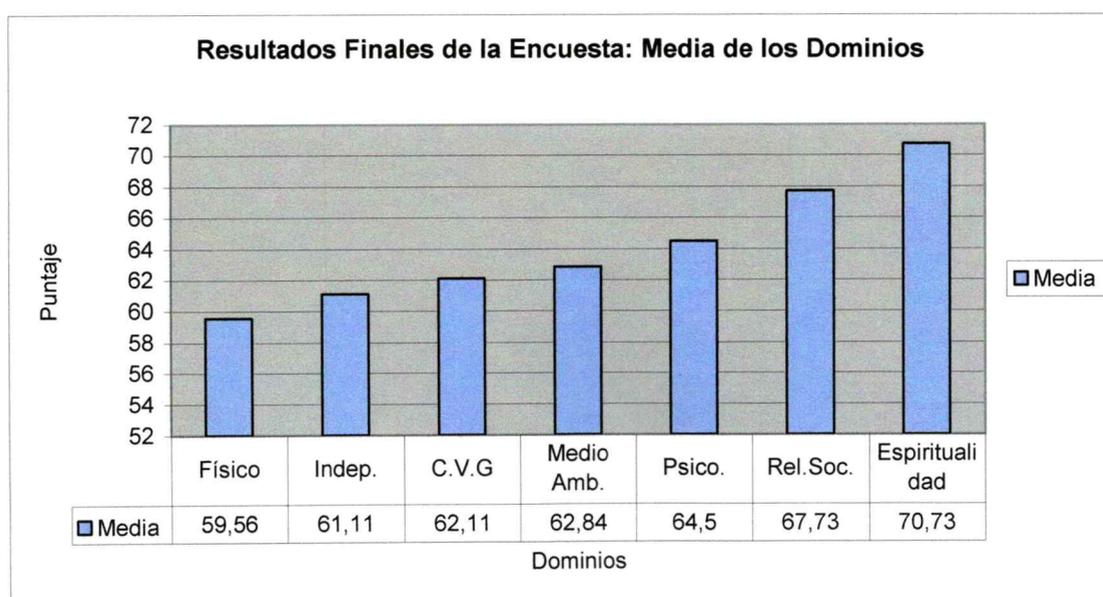


Gráfico h.2:

MEDIA DE LAS FACETAS

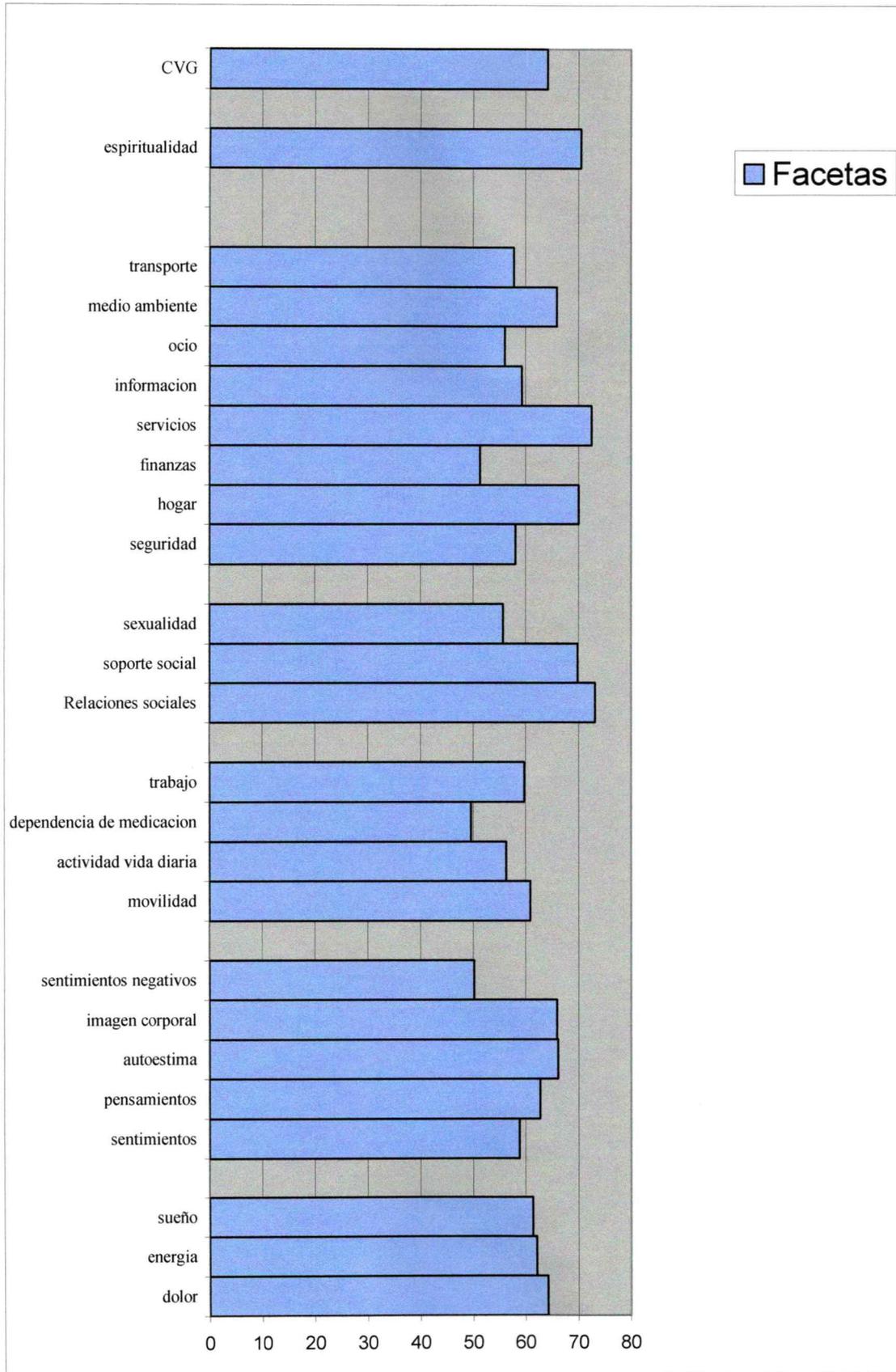
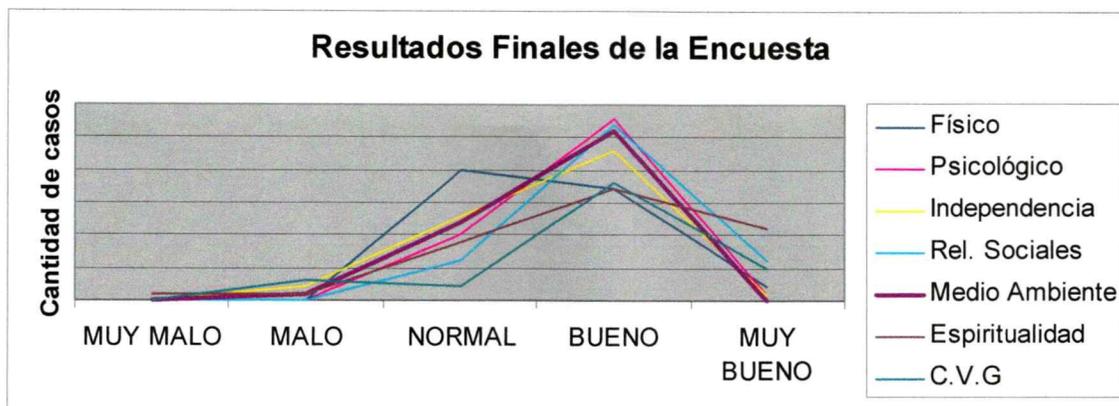
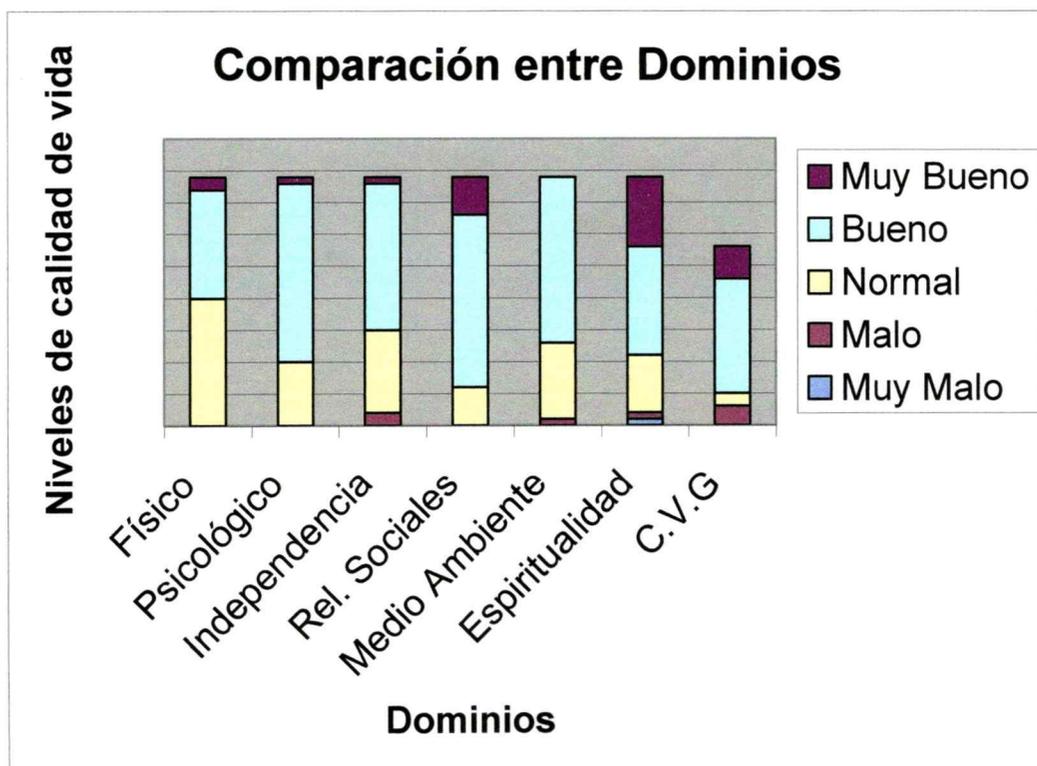


Gráfico h.3:



Este gráfico muestra claramente cómo el mayor número de respuestas dentro de cada dominio se inscribe dentro de la valorización **BUENO**.

Gráfico h.3: Resultado de la Encuesta WHOQOL 100 según Dominios y perfil de C.V.G para los adultos mayores con SDRC Tipo I.



CONCLUSIONES

La hipótesis de trabajo sostenía la necesidad de poner a prueba la opinión generalizada de los especialistas que considera que el SDRC Tipo I produce un fuerte impacto negativo en la CVRS, a partir de un estudio que se realizaría con el instrumento WHOQOL 100 sobre una población integrada por adultos mayores tratados en el Policlínico PAMI II de la ciudad de Rosario que padecen dicha enfermedad.

El análisis de los datos proporcionados por la encuesta revelaron que la calidad de vida de los adultos mayores con SDRC Tipo I no parece verse fuertemente impactada por la dolencia.

A continuación desarrollaré las razones explicativas de la conclusión.

En una primera aproximación, se podría pensar que la no influencia del SDRC Tipo I en la calidad de vida de los pacientes estudiados se debería a la edad misma de la población bajo estudio. Los adultos mayores percibirían al SDRC no tanto como una enfermedad pasible de afectar seriamente su vejez, sino como una “molestia” más dentro de la vida “normal” de una persona de edad avanzada. Esta conclusión podría ser avalada por el cuestionario realizado al inicio de la investigación. En efecto, de acuerdo a la entrevista realizada el 51,28 % de los encuestados declara no estar enfermo. Sin embargo, esta explicación no resulta satisfactoria y creo que existen razones más profundas por las cuales los pacientes no ven fuertemente influenciada su calidad de vida por el SDRC.

Según se vió en el Marco Conceptual, el SDRC Tipo I es un desorden bio-psico-social que, en virtud de su complejidad, puede ser tratado desde una perspectiva cognitiva y de la conducta y no sólo desde un enfoque biomecánico, fisiológico y funcional. La heterogeneidad del síndrome se traduciría en un impacto sobre las actividades de la vida cotidiana a partir de:

- Reducción de la fuerza muscular
- Desórdenes del sueño y disminución de las energías

que provocarían:

- Impedimentos para llevar a cabo algunos trabajos
- Dificultades para el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria.

Según los estudios realizados por distintos especialistas en el tratamiento del dolor, el dolor y la consecuente incapacidad producirían cierta vulnerabilidad psicológica – expresada, por ejemplo, por la presencia de sentimientos negativos tal como puede verse en el Dominio Psicológico de la encuesta- que influiría a su vez en la persistencia del SDRC Tipo I y en el incremento del dolor. A pesar de la existencia de este “círculo vicioso” en el curso de la enfermedad*, es aún necesario hacer estudios prospectivos para demostrar que los factores psicológicos contribuyen en el *origen* del SDRC. No hay dudas, en cambio, de que dichos factores afectan el dolor una vez desarrollado el síndrome; incluso el humor y el estado de ánimo podrían servir como índices predictivos de la intensidad del dolor al día o días siguientes a la observación del paciente, lo que probaría la correlación que se da en el SDRC entre aspectos psicológicos y manifestaciones fisiológicas.

En cuanto a la relevancia de los factores psicológicos en el curso de la enfermedad, es importante considerar el modo en que el dolor es percibido por el paciente y las consecuencias que esa percepción produce con el fin de evitar el malestar. Si asociamos el dolor crónico a un estado de constante vigilancia y expectación sobre las posibilidades y condiciones de su aparición, encontraremos en los pacientes el desarrollo de estrategias para sustraerse a esas condiciones, lo que implica, en el caso del SDRC tipo I, la inmovilidad del miembro afectado. Vemos así que muchas veces el miedo y la preocupación por el dolor son más invalidantes que el dolor mismo, provocando la inmovilidad o el mal uso de la extremidad. En concordancia con esta reacción habitual en los pacientes, actualmente hay consenso entre los expertos sobre la necesidad de enfatizar la restauración funcional como piedra angular del tratamiento del SDRC.

Ahora bien, evidentemente este acento en el aspecto funcional no puede prescindir de un tratamiento y apoyo psicológico desde el momento en que la invalidez

* En cuanto a la relación entre los órdenes psicológico y fisiológico en referencia al SDRC, podemos mencionar la influencia del Stress y Distress en la liberación de catecolaminas y el papel de éstas en el aumento del dolor y en problemas vasomotores.

está determinada en gran parte –como vimos anteriormente- por las respuestas de los pacientes a su percepción del dolor y por sus intentos de evitarlo.

En este sentido, se puede afirmar que en las técnicas de control del dolor, por ejemplo, convergen la búsqueda de un mejoramiento de la Calidad de Vida y el esfuerzo por un restablecimiento funcional y que es esta convergencia entre aspectos clínicos y psicológicos el tipo de enfoque más eficaz para el tratamiento del SDRC.

La intervención multidisciplinaria, entonces, es la clave para no ignorar ninguno de los órdenes que están involucrados en el síndrome y que requieren, todos ellos, de las técnicas y recursos pertinentes que redunden conjuntamente en una mejoría global del paciente. Una de las pruebas de la insuficiencia del tratamiento exclusivamente médico clínico es el efecto paliativo pero nunca curativo alcanzado por la medicación.

Se debería pensar, en consecuencia, que el seguimiento del paciente que lleva a cabo la Terapia Ocupacional y la inclusión de medidas que apunten a los factores multidimensionales en juego son cruciales para un progreso verdadero en el tratamiento. Los resultados arrojados por la encuesta parecen confirmar esta posición: en ella es posible observar, en principio, que el Dominio Físico, si bien el de resultados más bajos, se mantiene dentro de índices medios, un 59,57 que corresponde a una calificación normal (más del 44% de los pacientes consideran inclusive como buena su capacidad física, resultado tanto más sorprendente en la medida en que se refiere a personas que además de encontrarse bajo el SDRC, poseen una edad avanzada). Es importante tener en cuenta el total de este Dominio porque en él se incluyen las Facetas: “Dolor”, “Energía” y “Sueño”, que deberían verse más directamente afectadas por los síntomas del SDRC; sin embargo ese supuesto no encuentra correlato en los resultados del Dominio.

La respuesta a esta incógnita podría hallarse en los índices de las otras categorías, sobre todo en los dominios Espiritualidad, Relaciones Sociales y Psicológico.

Si la Calidad de Vida depende, como vimos, de la percepción que el paciente tiene de su situación y no sólo de sus condiciones objetivas deberíamos pensar que la incidencia relativamente baja del SDRC sobre la CV de los entrevistados, podría deberse a los estados de los dominios **Psicológico** (compuesto de las Facetas Sentimientos, Pensamientos, Autoestima, Imagen corporal y Sentimientos Negativos) , **Relaciones Sociales** (compuesto de las Facetas Relaciones Personales, Actividad

Sexual y Soporte Social) y **Espiritualidad y Creencias Personales**, puesto que presentan más de un 70% de personas que perciben a estos dominios como bueno.

En la misma medida en que se puede hablar de una opinión generalizada en relación al impacto del SDRC Tipo I sobre la calidad de vida de los pacientes, existe una tendencia

a tratar un grupo de síntomas que caracterizan el síndrome para alcanzar – como objetivo primordial- la funcionalidad del miembro afectado y lograr independencia en las actividades cotidianas. Así se procura aliviar el dolor, reducir el edema para evitar fibrosis y la consecuente rigidez, se mejora la amplitud de las articulaciones, y manejar la inestabilidad motora y sudomotora hasta que puedan restablecerse naturalmente. Es decir que **el tratamiento se orienta hacia los síntomas**.

La clave para tratar este síndrome –que constituye un verdadero desafío- es centrarse en atender **pacientes y no síntomas**. Al respecto cabe señalar, que los resultados surgidos no sólo de esta investigación, sino de investigaciones anteriores y de una práctica profesional llevada a cabo durante más de veinte años por la T.O., aparece hoy reforzada en el 2do Simposio Internacional sobre la enfermedad celebrado en San Diego –organizado por la Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association - por especialistas que sostienen no sólo la necesidad de tratar Personas y no síntomas, sino que enfatizan el rol central que debe cumplir la T.O. en el tratamiento del síndrome.

Al respecto me permito citar a los doctores Stephen Bruehl, de la Vanderbilt University School of Medicine – quien señala que la **intervención multidisciplinaria** es la **llave** para cualquier tratamiento y que **el rol de la T.O. es crucial**² y Dennis Turk de la University of Washington School of Medicine – quién finaliza su intervención afirmando: ¡Traten **personas, no cuerpos o síntomas!**-.³

Así el tratamiento debería enfocarse –y en la práctica lo llevamos a cabo- según el **perfil** que cada **persona-paciente** posee al ingresar al servicio para su atención. El WHOQOL 100, ha demostrado ser una herramienta muy útil, al igual que las escalas para medir el dolor, los goniómetros y las evaluaciones funcionales, para orientar el tratamiento.

Los aspectos psicológicos, el soporte familiar y social, las creencias personales, deben ser tenidas en cuenta, en la misma medida que el aspecto físico, ya que cada caso

² Stephen Bruehl: Vanderbilt University School of Medicine. Nashville Tennessee.

³ Turk Denis, Rehabilitation: A comprehensive approach to treating the person with CPRS; School of Medicine, University of Washington.

presenta particularidades que no pueden obviarse a la hora de planificar el tratamiento y que condicionarán el tiempo que demande su recuperación.

Finalmente, este trabajo refuta la hipótesis planteada, ya que una vez procesados los resultados de la encuesta se observa que la percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes de edad que han desarrollado SDRC tipo I luego de sufrir una fractura de extremo distal de radio, presenta valores de entre BUENO y MUY BUENO según la escala que proporciona el instrumento utilizado.

• BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- ALLENDE, SILVIA ROSA, *Calidad de Vida, la nueva terapia*, ID Periodismo de Ciencia y Tecnología, México, septiembre 2000 .
- ANDREWS, FM, WITHEY SB. *Social Indicators of well-being. American's percetions of life quality*. NY: Plenum press, 1976.
- BORRERO BORRERO, *Felix y otros, Efecto de la fijación percutanea sobre la incidencia de distrofia simpática refleja fracturas del extremo distal del radio, Estudio de Casos, Hospital de la Samaritana, Instituto de Ortopedia, Universidad Javeriana, Colombia.*
- BORTHWICK- DUFFY, S.A. (1992). *Quality of life and quality of care in mental retardation*. IN L. ROWITS (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp-52-66). Berlin: Springer-Verlag.
- CHRISTIAN – SEN CHARLES (1996). *Gerenciamiento, oportunidades y cambios para la TO en los sistemas emergentes del siglo XXI*. Revista AJOT June 1996, Volume 50 number 6
- DE HAES JC, VAN KNIPPENBERG FCE . *Quality of life of cancer patients: review of the literature*. In: Aaronson NK Beckman J (Eds) *The quality of life of cancer patients*. NY: Raven Press, 1987.
- FLANAGAN JA. *A research approach to improving our quality of life*. American Psychologist 1978; 33: 138-47.
- FELCE, D y PERRY, J. (1995). *Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities, Vol. 16, N° 1, PP. 51-74*
- FRIEDMAN HC, DIMATTEO RD. *Healt psychology*. London: Prentice Hall, 1989.
- GRAU J. *Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación*. Tesis para la opción del título de Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Facultad de Ciencias Medicas "Calixto García", Instituto Superior de Ciencias Medicas de la Habana, 1997.
- GILL TM, FEINSTEIN AR. *A critical appraisal of the quality of Quality-of-life Measurements*. JAMA 1994; 272 (8): 619-25.
- HUTCHINSON A, FARDON J, WILSON R. *Quality of survival of patients following mastectomy*. Clin Oncol 1979; 5: 391.

- JENKINS CD, JONO RT, STANTNON B et al. *The measurement of heart related quality of life. Major dimensions identified by factor analysis.* Soc Sci Med 1990; 31: 925-31.
- KOVAL, PABLO, *Dolor, en publicación medicina del dolor.*
- LARA MUÑOS MC, PONCE DE LEON S, DE LA FUENTE JR. *Conceptualización y medición de calidad de vida de pacientes con cáncer.* Inv. Clin 1995; 47 (4): 315-27
- LEVI L, ANDERSON L. *La tensión psicosocial. población, ambiente y calidad de la vida.* México DF: El Manual Moderno, 1980.
- MORENO B, XIMÉNEZ C. *Evaluación de la calidad de vida.* En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC (Eds).
- REIG A; RIBERA, D. (1992) *Perspepectivas en Gerontología y Salud.* Prolimbro, Valencia.
- SPITZER WO. *State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research.* J Chron Dis 1987; 40: 465-71
- WINEFELD HR. *Quality of life in chronic diseases.* In: Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Univ. Of Alicante, I, 1995, 286-303.

ANNALS

Datos de la población

	Edad	Estado Civil	Educación	¿Está enferma?	
1	69	viuda	primaria	no	
2	76	viuda	secundaria	no	
3	74	viuda	primaria	no responde	
4	76	casada	primaria	si	no aclara
5	74	viuda	primaria	si	hta, osteo
6	79	casada	primaria	no	
7	75	casada	primaria	si	oncológico
8	70	casada	primaria	si	osteo
9	78	viuda	secundaria	no	
10	65	viuda	primaria	si	hta
11	69	casada	primaria	no	
12	74	casada	primaria	si	artrosis, hta
13	76	casada	primaria	si	artrosis, oseo
14	67	casada	primaria	no	
15	65	viuda	primaria	no	
16	86	viuda	primaria	no responde	
17	74	viuda	secundaria	si	no aclara
18	65	viuda	primaria	no	
19	77	casada	primaria	no	
20	76	separada	secundaria	no	
21	67	casada	secundaria	no	
22	74	viuda	primaria	no	
23	65	casada	primaria	no	
24	72	casada	primaria	si	hta, osteo
25	72	casada	primaria	si	síndrome Sjögren
26	66	divorciada	secundaria	si	distrofia
27	79	casada	no contesta	no responde	
28	65	casada	secundaria	si	distrofia
29	77	casada	secundaria	no	
30	72	divorciada	primaria	no	
31	77	casada	primaria	no	
32	89	viuda	primaria	no	
33	76	soltera	primaria	no	
34	77	viuda	primaria	si	artrosis
35	78	casada	primaria	no	
36	80	divorciada	primaria	si	no aclara (medic)
37	75	viuda	primaria	si	bronquitis crónica
38	83	viuda	primaria	si	fractura muñeca
39	76	viuda	primaria	no	
Promedio:	73,974359				

Edad	Casos
65-70	11
71-75	11
76-80	15
81-85	2
86-90	2

Estado civil		Porcentaje
Solteras	1	2,56
Casadas	18	46,15
Separadas	1	2,56
Viudas	16	41,03
Divorciadas	3	7,69
Unidas	0	0,00
Total	39	100,00

Segmentación por educación		
Sin educación	0	0,00
Primaria	30	76,92
Secundaria	8	20,51
Universitaria	0	0,00

Dominio Físico

Casos (n)	F. Dolor	F. Energia	F. Sueño	Media Dom.
1	70	60	75	61,66
2	80	35	70	48,33
3	80	60	75	58,33
4	75	55	35	45
5	90	55	70	51,66
6	70	45	55	50
7	75	65	70	60
8	75	55	40	46,66
9	40	60	65	68,33
10	80	45	65	50
11	70	50	40	46,66
12	55	65	65	65
13	90	55	40	41,66
14	65	60	45	53,33
15	50	85	95	83,33
16	40	50	60	63,33
17	65	55	35	48,33
18	65	50	60	55
19	60	65	65	63,33
20	80	70	60	56,66
21	55	55	80	66,66
22	75	45	35	41,66
23	85	50	70	51,66
24	50	80	35	61,66
25	80	45	40	41,66
26	50	60	75	68,33
27	85	80	90	68,33
28	45	70	80	75
29	55	80	80	75
30	55	70	55	63,33
31	65	55	60	56,66
32	45	65	90	76,66
33	35	90	85	86,66
34	60	85	55	66,66
35	50	60	65	66,66
36	70	70	40	53,33
37	75	50	55	50
38	65	75	90	73,33
39	50	70	50	63,33
Media	62,985023	60,1059092	59,3453922	59,56871795
Desvio Standard	14,7767918	12,8733056	17,5699873	11,48188509
Máximo	90	90	95	86,66
Mínimo	35	35	35	41,66

Dominio Psicológico

Casos (n)	Sentimiento	Pensamiento	F. Autoestima	F. Imagen Corporal	F. Sentimientos Negativos	Media Dom.
1	55	50	85	65	60	63
2	70	70	85	85	45	77
3	55	60	85	85	45	72
4	40	45	50	80	65	54
5	55	60	60	35	95	47
6	60	65	55	70	80	58
7	60	55	70	65	45	65
8	60	55	60	65	30	66
9	70	50	70	70	35	69
10	25	65	50	70	70	52
11	45	55	45	50	70	49
12	50	55	55	80	35	65
13	55	80	85	75	75	68
14	65	60	65	60	30	68
15	75	50	75	65	50	67
16	45	45	65	75	60	58
17	95	60	95	60	40	78
18	60	55	55	45	75	52
19	60	65	75	60	60	64
20	80	75	70	50	50	69
21	70	60	70	80	35	73
22	65	60	55	80	40	68
23	50	70	85	80	40	73
24	70	65	70	85	65	69
25	50	70	50	30	70	50
26	60	70	65	85	55	69
27	80	75	90	100	45	73
28	65	75	65	80	40	65
29	65	70	55	60	45	65
30	60	60	80	80	75	65
31	55	60	55	70	30	66
32	50	50	70	55	45	60
33	55	70	65	80	40	70
34	45	65	60	95	60	65
35	80	70	75	70	35	76
36	55	70	60	45	65	57
37	60	70	60	50	85	55
38	60	80	90	95	40	81
39	85	85	85	45	35	77
Media	59,0059518	62,5784243	66,9695027	66,36573921	50,2481922	64,5073902
Desvio Standard	13,2185511	9,82299486	13,2032282	16,58108934	17,0831893	8,51124524
Máximo	95	85	95	100	95	81
Mínimo	25	45	45	30	30	47

Dominio Relaciones Sociales

Casos (n)	Relaciones Sociales	Soporte Social	Sexualidad	Media Dom.
1	75	80	40	65
2	85	85	85	85
3	65	80	50	65
4	80	70	65	71,66
5	70	75	50	65
6	75	80	75	76,66
7	60	65	65	63,33
8	60	65	60	61,66
9	90	85	40	71,66
10	75	65	60	66,66
11	65	30	40	45
12	60	60	60	60
13	90	100	75	88,33
14	85	50	70	68,33
15	70	35	60	55
16	65	65	45	58,33
17	80	95	50	75
18	60	55	40	51,66
19	65	60	60	61,66
20	75	85	60	73,33
21	85	95	65	81,66
22	65	80	65	70
23	95	95	65	85
24	65	75	85	75
25	35	25	55	38,33
26	70	80	75	75
27	75	60	70	68,33
28	95	80	80	85
29	85	75	40	66,66
30	80	85	45	70
31	75	60	65	66,66
32	60	80	50	63,33
33	85	80	65	76,66
34	85	80	60	75
35	70	70	40	60
36	75	75	65	71,66
37	70	85	50	68,33
38	100	90	15	68,33
39	90	100	60	83,33
Media	73,4218246	70,4837846	55,8566269	67,73749931
Desvio Standard	12,7931219	17,6026007	14,4920752	10,67793001
Máximo	100	100	85	88,33
Mínimo	35	25	15	38,33

Nivel de Independencia

Casos (n)	Movilidad	Actividad Vida Diaria	Dependenci a de Medicacion	Trabajo	Med Dom.
1	70	55	65	55	58,75
2	50	55	65	60	55
3	80	60	45	70	71,25
4	65	50	55	35	53,75
5	55	65	65	90	66,25
6	80	60	60	60	65
7	70	65	55	50	62,5
8	55	50	50	50	56,25
9	85	65	45	75	75
10	30	50	70	25	38,75
11	45	60	55	70	60
12	55	50	35	85	68,75
13	85	55	50	55	66,25
14	65	65	35	90	76,25
15	55	70	30	70	71,25
16	70	60	65	65	62,5
17	50	60	50	90	67,5
18	50	50	20	55	63,75
19	65	65	60	60	62,25
20	65	60	60	40	56,25
21	60	50	50	65	61,25
22	40	60	75	80	56,25
23	55	60	75	55	53,75
24	70	60	55	65	65
25	50	45	65	35	46,25
26	65	50	40	40	58,75
27	75	75	60	80	72,5
28	70	45	40	50	61,25
29	85	60	60	60	66,25
30	75	60	60	60	63,75
31	45	45	45	50	53,75
32	60	55	50	70	63,75
33	80	60	30	65	73,75
34	50	40	50	60	40
35	65	50	50	65	62,5
36	45	50	80	45	45
37	70	50	80	65	56,25
38	75	70	35	85	87,5
39	55	60	20	65	70
Media	60,9102552	56,2628212	50,2413175	59,63039283	61,1168629
Desvio Standard	13,4688625	7,82095528	14,9932508	15,74831568	9,78289547
Máximo	85	75	80	90	87,5
Mínimo	30	40	20	25	38,75

Medio Ambiente

Casos (n)	Seguridad	Hogar	Finanzas	Servicios	Informacion	Ocio	Medio Ambiente	Transporte	Media Dom.
1	60	75	70	60	55	85	60	55	65
2	65	80	45	95	75	70	85	85	75
3	65	75	45	85	80	60	85	95	73,75
4	45	70	75	45	35	60	65	70	58,125
5	65	60	40	85	45	25	55	40	51,875
6	50	75	60	65	45	55	75	80	63,125
7	75	50	40	65	65	45	70	45	56,875
8	50	65	40	75	55	55	60	35	54,375
9	65	80	80	75	45	55	55	90	68,125
10	50	90	60	75	75	30	75	45	62,5
11	45	60	55	65	45	25	40	65	50
12	50	70	55	60	60	70	75	70	63,75
13	50	90	75	95	85	85	65	85	78,75
14	55	75	50	85	65	45	65	75	64,375
15	55	75	65	95	70	75	70	75	72,5
16	45	80	40	60	50	45	60	65	55,625
17	75	85	45	85	70	70	60	45	66,875
18	40	65	55	90	65	55	50	40	57,5
19	55	65	45	60	60	60	60	60	58,125
20	50	75	65	65	60	70	75	40	62,5
21	75	70	70	60	65	75	65	55	66,875
22	55	70	60	85	60	70	60	55	64,375
23	60	100	40	75	60	55	65	25	60
24	85	80	60	80	65	65	80	85	75
25	45	20	30	60	50	20	35	40	37,5
26	60	55	30	65	50	50	55	40	50,625
27	65	90	55	75	60	75	70	80	71,25
28	65	85	60	70	65	80	75	70	71,25
29	60	90	60	60	65	65	70	75	68,125
30	70	85	85	85	60	70	80	85	77,5
31	60	55	65	60	50	40	60	60	56,25
32	60	70	40	70	75	55	75	70	64,375
33	60	65	60	80	65	90	80	60	70
34	60	90	40	95	55	40	90	60	66,25
35	70	70	60	70	55	65	55	45	61,25
36	45	75	50	65	75	70	75	50	63,125
37	60	60	25	60	50	50	70	45	52,5
38	70	65	40	85	50	85	80	60	66,875
39	75	65	50	90	85	85	85	55	73,75
Media	58,3279536	70,4215002	51,5491866	72,59836276	59,5307874	56,9591518	66,2410168	58,2851955	62,8479409
Desvio Standard	10,4842276	14,2739252	14,1492908	12,91255757	11,6517159	17,7884935	12,1866944	17,542122	8,692001
Máximo	85	100	85	95	85	90	90	95	78,75
Mínimo	40	20	25	45	35	20	35	25	37,5

Dominio Espiritualidad

Casos (n)	D. Espiritualida d	Media Dom.
1	70	70
2	80	80
3	60	60
4	50	50
5	70	70
6	60	60
7	70	70
8	85	85
9	80	80
10	75	75
11	60	60
12	20	20
13	100	100
14	60	60
15	80	80
16	85	85
17	100	100
18	100	100
19	75	75
20	70	70
21	85	85
22	55	55
23	75	75
24	55	55
25	85	85
26	60	60
27	80	80
28	80	80
29	80	80
30	75	75
31	80	80
32	95	95
33	60	60
34	90	90
35	90	90
36	70	70
37	30	30
38	80	80
39	90	90
Media	70,7333135	70,7333135
Desvio Standard	17,3263507	17,3263507
Máximo	100	100
Mínimo	20	20

Calidad de Vida Global y Percepción General de la Salud

Casos (n)	C.V.G	Media Dom.
1	65	65
2	45	45
3	65	65
4	25	25
5	60	60
6	80	80
7	25	25
8	65	65
9	70	70
10	45	45
11	55	55
12	60	60
13	85	85
14	70	70
15	85	85
16	70	70
17	65	65
18	55	55
19	60	60
20	70	70
21	75	75
22	65	65
23	65	65
24	75	75
25	40	40
26	60	60
27	100	100
28	85	85
29	70	70
30	65	65
31	60	60
32	70	70
33	75	75
34	60	60
35	80	80
36	45	45
37	60	60
38	55	55
39	85	85
Media	62,1189699	62,1189699
Desvio Standard	15,5673193	15,5673193
Máximo	100	100
Mínimo	25	25

Media Dominios

Casos (n)	Media D. Físico	Media D. Psicológico	Media D. Rel. Soc.	Med D. Nivel de Indep.	Media D. Medio Amb.	Media D. Espirit.	Media CVG
1	61,66	63	65	58,75	65	70	65
2	48,33	77	85	55	75	80	45
3	58,33	72	65	71,25	73,75	60	65
4	45	54	71,66	53,75	58,125	50	25
5	51,66	47	65	66,25	51,875	70	60
6	50	58	76,66	65	63,125	60	80
7	60	65	63,33	62,5	56,875	70	25
8	46,66	66	61,66	56,25	54,375	85	65
9	68,33	69	71,66	75	68,125	80	70
10	50	52	66,66	38,75	62,5	75	45
11	46,66	49	45	60	50	60	55
12	65	65	60	68,75	63,75	20	60
13	41,66	68	88,33	66,25	78,75	100	85
14	53,33	68	68,33	76,25	64,375	60	70
15	83,33	67	55	71,25	72,5	80	85
16	63,33	58	58,33	62,5	55,625	85	70
17	48,33	78	75	67,5	66,875	100	65
18	55	52	51,66	63,75	57,5	100	55
19	63,33	64	61,66	62,25	58,125	75	60
20	56,66	69	73,33	56,25	62,5	70	70
21	66,66	73	81,66	61,25	66,875	85	75
22	41,66	68	70	56,25	64,375	55	65
23	51,66	73	85	53,75	60	75	65
24	61,66	69	75	65	75	55	75
25	41,66	50	38,33	46,25	37,5	85	40
26	68,33	69	75	58,75	50,625	60	60
27	68,33	73	68,33	72,5	71,25	80	100
28	75	65	85	61,25	71,25	80	85
29	75	65	66,66	66,25	68,125	80	70
30	63,33	65	70	63,75	77,5	75	65
31	56,66	66	66,66	53,75	56,25	80	60
32	76,66	60	63,33	63,75	64,375	95	70
33	86,66	70	76,66	73,75	70	60	75
34	66,66	65	75	40	66,25	90	60
35	66,66	76	60	62,5	61,25	90	80
36	53,33	57	71,66	45	63,125	70	45
37	50	55	68,33	56,25	52,5	30	60
38	73,33	81	68,33	87,5	66,875	80	55
39	63,33	77	83,33	70	73,75	90	85
Media Tot.	59,5687179	64,5073902	67,7374993	61,11686293	62,8479409	70,7333135	62,1189699
Desvío	11,4818851	8,51124524	10,67793	9,782895474	8,692001	17,3263507	15,5673193
Máximo	86,66	81	88,33	87,5	78,75	100	100
Mínimo	41,66	47	38,33	38,75	37,5	20	25

Resultados de la encuesta

	Físico	Psicológico	Independencia	Rel. Sociales	Medio Ambiente	Espiritualidad	C.V.G
MUY MALO	0	0	0	0	0	1	0
MALO	0	0	2	0	1	1	3
NORMAL	20	10	13	6	12	9	2
BUENO	17	28	23	27	26	17	18
MUY BUENO	2	1	1	6	0	11	5

Dominio	Media
Físico	59,56
Independencia	61,11
C.V.G	62,11
Medio Ambiente	62,74
Psicológico	64,5
Rel.Sociales	67,73
Espiritualidad	70,73

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

En cada pregunta, identifique sus sentimientos y subraye la palabra que, para cada pregunta, mejor se ajusta a sus sentimientos.
Por favor, complete los siguientes datos:

SEXO: HOMBRE..... MUJER.....

FECHA DE NACIMIENTO: Día..... Mes..... Año.....

EDUCACIÓN: Sin educación..... Primaria..... Secundaria.....
Universitaria.....

ESTADO CIVIL: Soltero..... Casado..... Separado.....
Viudo..... Divorciado..... Unido.....

ESTÁ ENFERMO? NO.....
Sí.....

Diagnóstico.....

¿Tiene algún comentario sobre este cuestionario?

.....
.....
.....
.....

Este cuestionario pregunta cómo se siente Usted respecto de la calidad de su vida, salud, y otras áreas de su vida. Por favor, responda todas las preguntas. Si está inseguro sobre cómo responder alguna de ellas, escoja la opción que le parece mejor, más apropiada. A menudo ésta puede ser su primera respuesta.

Por favor, tenga presente sus costumbres, esperanzas, gustos y placeres y sus preocupaciones. Le pedimos que al responder, piense en su vida en las dos últimas semanas.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, una pregunta podría ser:

¿Cuánto le preocupó su salud?
NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

Usted debe subrayar la palabra que mejor se ajuste a la frecuencia con que le ha preocupado su salud en las dos últimas semanas. Si su salud le ha preocupado mucho, subraye la palabra MUCHO.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

últimas dos semanas; por ejemplo, sentimientos positivos de felicidad o bienestar. Si ha experimentado algunos de estos hechos extremadamente, subraye la frase "en extremo". Si no ha tenido esa experiencia, subraye la palabra "nada". Si su respuesta es intermedia, subraye la palabra que mejor refleje su elección. Recuerde, por favor, que las respuestas se refieren a las últimas dos semanas.

F.1.2. ¿Le preocupó tener algún dolor o malestar?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.1.3. ¿Cuán difícil fue para usted manejar su dolor o malestar?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.1.4. ¿En qué medida sintió que el dolor físico le impidió hacer lo que necesitaba?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.2.2. ¿Con qué facilidad se cansó?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.2.4. ¿Cuánto le molestó sentirse fatigado?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.3.2. ¿Tuvo dificultades para dormir?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.3.4. ¿Cuánto le preocuparon los problemas para dormir?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.4.1. ¿Cuánto disfrutó de la vida?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.4.3. ¿Qué positivo se sintió respecto al futuro?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.4.4. ¿Cuánto experimentó sentimientos positivos en su vida?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.5.3. ¿Cuál fue su capacidad de concentración?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.6.1. ¿Cuánto se valoró a sí mismo?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.6.2. ¿Cuánta confianza tuvo en sí mismo?

F.7.2. ¿Cuánto se sintió inhibido por su apariencia?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.7.3. ¿Cuánto lo incomodó algún aspecto de su apariencia?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.8.2. ¿Cuán preocupado se sintió?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.8.3. ¿Cuánto interfirieron, en su vida diaria, los sentimientos de tristeza o depresión?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.8.4. ¿Cuánto le molestó algún sentimiento de depresión?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.10.2. ¿En qué medida tuvo dificultades para realizar las actividades de la vida diaria?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.10.4. ¿Cuánto le molestó cualquier limitación para desarrollar las actividades de la vida diaria?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.11.2. ¿Cuánto necesitó de alguna medicación para realizar las actividades de la vida diaria?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.11.3. ¿Cuánto necesitó de algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.11.4. ¿En qué medida dependió su calidad de vida del uso de medicamentos o de asistencia médica?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.13.1. ¿Cuán solo se sintió?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.15.2. ¿En qué medida estuvieron satisfechas sus necesidades sexuales?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.16.1. ¿Cuán seguro se sintió en su vida diaria?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.16.2. ¿Cuán seguro sintió que es el ambiente en que vivió?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.16.3. ¿Cuánto le preocupó su tranquilidad y seguridad?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.17.1. ¿Cuán confortable fue el lugar donde vivió?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.17.4. ¿Cuánto le gustó el lugar donde vivió?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.18.2. ¿En qué medida tuvo dificultades económicas?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.18.4. ¿Cuánto le preocupó el dinero?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.19.1. ¿Con qué facilidad pudo obtener buena atención médica?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.21.1. ¿Cuánto disfrutó de su tiempo libre?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.22.1. ¿Cuán saludable fue su medio ambiente físico?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.22.2. ¿Cuánto le preocupó el ruido del área donde vive?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.23.2. ¿En qué medida tuvo problemas con el transporte?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F.23.4. ¿Cuánto limitó su vida las dificultades con el transporte?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

de hacer algunas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo las actividades de la vida diaria, tales como lavarse, vestirse o comer. Si ha sido capaz de hacer esas cosas totalmente subraye la palabra "totalmente". Si no ha podido hacerlas, subraye la palabra "nada". Si su respuesta es intermedia, subraye la palabra que mejor refleje su elección. Recuerde, por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

F.2.1. ¿En qué medida tuvo suficiente energía para la vida diaria?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F.7.1. ¿En qué medida fue capaz de aceptar su apariencia personal?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F.10.1. ¿En qué medida fue capaz de desarrollar sus actividades diarias?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F.11.1. ¿Cuánto dependió de medicamentos?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F.14.1. ¿En qué medida obtuvo de los otros el apoyo que necesitó?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F.14.2. ¿En qué medida pudo contar con sus amigos cuando los necesitó?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F.17.2. ¿En qué medida la calidad de su casa satisfizo sus necesidades?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F.18.1. ¿En qué medida tuvo suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F.20.1. ¿En qué medida tuvo oportunidades de obtener la información que sintió que necesitaba?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F.20.2. ¿En qué medida tuvo oportunidades de obtener la información que sintió que necesitaba?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F.21.1. ¿En qué medida tuvo oportunidades de realizar actividades recreativas?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F.23.1. ¿En qué medida dispuso de medios de transporte adecuados?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

sentido acerca de varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo, acerca de su vida familiar o su energía. Decida cuán satisfecho o insatisfecho está con cada aspecto de su vida y subraye la palabra que mejor describa cómo se siente. Recuerde por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

- G 2 ¿Cuán satisfecho estuvo con la calidad de su vida?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- G 3 ¿En general, cuán satisfecho estuvo con su vida?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- G 4 ¿Cuán satisfecho estuvo con su salud?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 2.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con la energía que tuvo?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 3.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con su sueño?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 5.2 ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad para aprender nueva información?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 5.4 ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad para tomar decisiones?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 6.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con si mismo?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 6.4 ¿Cuán satisfecho estuvo con sus habilidades?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

F 7.4 ¿Cuán satisfecho estuvo con su apariencia personal?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

F 10.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad de realizar las actividades de la vida diaria?

INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

F 13.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con sus relaciones personales?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

F 15.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con su vida sexual?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

F 14.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con el apoyo de su familia?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

F 14.4 ¿Cuán satisfecho estuvo con el apoyo de sus amigos?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

F 13.4 ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad de dar apoyo a otros?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

F 16.4 ¿Cuán satisfecho estuvo con su seguridad física?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

F 17.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con las características del lugar donde vive?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

F 18.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con su situación económica?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

- INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 19.4 ¿Cuán satisfecho estuvo con los Servicios Sociales?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 20.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con sus oportunidades para adquirir nuevas habilidades?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 20.4 ¿Cuán satisfecho estuvo con sus oportunidades para aprender nueva información?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 21.4 ¿Cuán satisfecho estuvo con la forma en que pasa su tiempo libre?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 22.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con su medio ambiente físico?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 22.4 ¿Cuán satisfecho estuvo con el clima del lugar donde vive?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 23.3 ¿Cuán satisfecho estuvo con el transporte?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- F 13.2 ¿Cuán satisfecho estuvo con sus relaciones familiares?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO
- G 1 ¿Cómo calificaria su calidad de vida?
 MUY MAL MAL LO NORMAL BIEN MUY BIEN
- F 15.1 ¿Cómo calificaria su vida sexual?
 MUY MAL MAL LO NORMAL BIEN MUY BIEN

- F 3.1 ¿Cómo calificaria la forma en que durmió?
 MUY MAL MAL LO NORMAL BIEN MUY BIEN
- F 5.1 ¿Cómo calificaria su memoria?
 MUY MAL MAL LO NORMAL BIEN MUY BIEN
- F 19.2 ¿Cómo calificaria la calidad de los Servicios Sociales a su disposición?
 MUY MAL MAL LO NORMAL BIEN MUY BIEN

Las siguientes preguntas se refieren a con qué frecuencia ha sentido o experimentado algunas cosas, por ejemplo, el apoyo de su familia y amigos, o experiencias negativas tales como sentirse inseguro. Si no ha experimentado estas cosas para nada, subraye la palabra "nunca". Si ha experimentado algunas de esas cosas, piense con qué frecuencia y subraye la palabra que mejor lo describa. Si por ejemplo, ha sentido dolor todo el tiempo, en las últimas dos semanas, subraye la palabra "siempre". Recuerde por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

- F 1.1 ¿Con qué frecuencia sufrió dolor físico?
 NUNCA A VECES NORMALMENTE CON BASTANTE SIEMPRE FRECUENCIA
- F 4.2 ¿Generalmente, se sintió contento?
 NUNCA A VECES NORMALMENTE CON BASTANTE SIEMPRE FRECUENCIA
- F 8.1 ¿Con qué frecuencia tuvo sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?
 NUNCA A VECES NORMALMENTE CON BASTANTE SIEMPRE FRECUENCIA

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tipo de trabajo que haga. "Trabajo" significa la actividad principal que realiza. Esto incluye trabajo voluntario, estudios, tareas domésticas, cuidar a los niños o cualquier trabajo pago o no pago. Por lo tanto "trabajo" tal como aquí se usa, significa aquellas actividades que usted siente que ocupan la mayor parte de su tiempo y energía. Recuerde por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

- F 12.1 ¿Cuánto fue capaz de trabajar?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE
- F 12.2 ¿Cuán capaz se sintió para realizar su trabajo?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO TOTALMENTE

F 24.3 ¿En qué medida sus creencias personales, le dieron fuerza para enfrentar las dificultades?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 24.4 ¿En qué medida sus creencias personales le ayudaron a entender las dificultades de la vida diaria?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 12.4 ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad de trabajo?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

F 12.3 ¿Cómo calificaría su capacidad de trabajo?
 MUY MAL MAL LO NORMAL BIEN MUY BIEN

Las siguientes preguntas se refieren a lo bien que ha sido capaz de desplazarse en las últimas dos semanas. Esto se refiere a su capacidad física para moverse de manera de poder hacer las cosas que quiere o necesita. Recuerde por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

F 9.1 ¿Fue capaz de desplazarse de un lugar a otro?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 9.3 ¿Cuánto le molestó cualquier dificultad para moverse?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 9.4 ¿En qué medida afectó su manera de vivir cualquier dificultad para moverse?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 9.2 ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad para desplazarse?
 INSATISFECHO POCO LO NORMAL SATISFECHO MUY SATISFECHO

Las siguientes preguntas se refieren a sus creencias personales y cómo afectan su calidad de vida. Así como a su religión, espiritualidad y otras creencias personales que Ud. pueda tener.

F 24.1 ¿En qué medida sus creencias personales dieron sentido a su vida?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

F 24.2 ¿En qué medida sintió que su vida tuvo sentido?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO