



DECIMOTERCER INFORME ESTADO DE LA NACION EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

Informe Final

UNA MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: VALORES POBLACIONALES DE REFERENCIA PARA COSTA RICA, 2006

Investigadores:

Karla Hernández-Villafuerte

Yanira Xirinachs-Salazar

Melvin Morera

Amada Aparicio

Patricia Barber

Juan-Rafael Vargas



Nota: Las cifras de las ponencias pueden no coincidir con las consignadas por el Decimotercer Informe Estado de la Nación en el tema respectivo, debido a revisiones posteriores. En caso de encontrarse diferencia entre ambas fuentes, prevalecen las publicadas en el Informe.

**UNA MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD:
VALORES POBLACIONALES DE REFERENCIA PARA COSTA RICA, 2006¹**

Hernández-Villafuerte, Karla^{} ; Xirinachs-Salazar, Yanira^{*} ; Morera, Melvin^{**} ;
Aparicio Amada^{**} ; Barber, Patricia^{***} ; Vargas, Juan-Rafael^{*}*

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
MATERIAL Y MÉTODOS	5
ANÁLISIS DE FIABILIDAD DE LOS FACTORES OBTENIDOS	5
ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES: OBTENCIÓN DE LOS COMPONENTES RESUMEN ...	7
PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS COSTARRICENSES DE SU SALUD	8
COMPARACIÓN: MÉXICO, CHILE, ESPAÑA, CANADÁ Y COSTA RICA	16
DISCUSIÓN	19
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXO 1	23

^{*} Centro Centroamericano de Población, Posgrado en Economía, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

^{**} Caja Costarricense de Seguro Social y Centro Centroamericano de Población, Posgrado en Economía, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

^{***} Grupo de Investigación en Economía de la Salud, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria, España.

¹ Este proyecto contó con el apoyo de una beca parcial sin condiciones del programa académico del PPPI de la Merck Company Foundation, brazo filantrópico de Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, New Jersey, EE UU.

Resumen

El objetivo es calcular los valores de referencia de la medida de calidad de vida relacionada con la salud en el año 2006 para la población costarricense, con el fin de analizar el estado de salud percibido y compararlo con el que presentan otros países.

En la escala de 0 –100 las puntuaciones medias de las dimensiones varían de 71, en salud general, a 86, en función física. Para todas las dimensiones y grupos de edad, los hombres presentan mayores puntuaciones medias, estadísticamente significativas, respecto a las mujeres. En los componentes resumen, la media de la población total en función física (49,9) es inferior a la de escala mental (50,04).

Objetivo: Calcular los valores de referencia de la Medida de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), cuestionario de salud SF-36, en el año 2006 para la población general costarricense, con el fin de analizar el estado de salud percibido, y compararlo con el que presentan otros países en los que se han realizado estudios utilizando el mismo instrumento.

Métodos: Los datos provienen del proceso de la Encuesta Nacional de Salud de las familias costarricenses que se realizó en julio del 2006, a una submuestra aleatoria de la población no institucionalizada de 1.000 personas mayores de 18 años, residentes en todo el territorio nacional. Se calculan ocho dimensiones de salud y dos componentes resumen asociados a la salud física y mental.

Resultados: En la escala de 0 –100, donde 0 es “la peor salud” y 100 “la mejor salud”, las puntuaciones medias de las dimensiones que definen la calidad de vida relacionada con la salud, varían del 71 en la dimensión salud general al 86 en la función física. En todas las dimensiones el resultado de los hombres fue superior al de las mujeres, donde la mayor diferencia promedio se encuentra en la dimensión dolor corporal (7,82 puntos). Esto se confirma dentro de cada uno de los grupos de edad, con algunas excepciones. Al dividir la población según edad se aprecia que entre mayor es el grupo de edad, menores son los valores de las dimensiones asociadas al componente de escala física. Esto se repite en los cuatros casos de países con los cuales se realizó la comparación internacional; Chile, México, Canadá y España.

En cuanto a los componentes resumen, en la población total la media de la función física (49,9) es ligeramente inferior a la Escala Mental (50,04). En ambos componentes los hombres muestran una diferencia estadísticamente significativa de alrededor de un punto por encima de las mujeres.

Discusión: Se ubica a Costa Rica en un nivel intermedio dentro de los países incluidos en la comparación. Se espera despertar un interés en los formuladores de políticas y demás agentes relacionados al sistema de salud nacional, con el fin de profundizar y ampliar el tema para así llegar a conclusiones que expliquen el comportamiento de la percepción de la salud que poseen los costarricenses y sus diferencias según edad y género.

Introducción

La calidad de vida es un objetivo en salud que está adquiriendo cada vez mayor importancia y ha comenzado a utilizarse como medida de resultados en salud (1) (2). La calidad de vida relacionada con la salud se ha definido como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de salud y la oportunidad social, debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada (3). Puede medirse en diversas vertientes como el bienestar físico y psicosocial, el grado de satisfacción del paciente y la percepción subjetiva de la enfermedad, entre otros. Esto ha llevado a elaborar una aproximación multidimensional al concepto de CVRS, donde se consideran al menos cuatro dimensiones: física, funcional, psicológica y social (2).

Estos cuatro aspectos conceptuales de la CVRS se pueden ver influenciados por lo que se conoce como “percepciones de la salud”, un conjunto integrado por la experiencia personal, las creencias, las expectativas personales y todas las percepciones subjetivas del individuo (4) (5). Esta actitud ante la salud, la enfermedad o la incapacidad puede modificar la percepción propia de la CVRS. Por ello, se considera que las personas con el mismo estado objetivo de salud pueden tener calidades de vida diferentes (6).

Para evaluar la CVRS de las personas se han desarrollado diversos cuestionarios o instrumentos. Hay instrumentos genéricos, que pueden utilizarse en la población general y en grupos específicos de pacientes, e instrumentos específicos para pacientes con una determinada enfermedad y para individuos de un determinado grupo de población (5). Los cuestionarios más utilizados son el perfil de consecuencias de enfermedad (Sickness Impact Profile) (7), el perfil de salud de Nottingham (1) la calidad de salud auto percibida (Euroqol-5D) (8) y el cuestionario de salud SF-36 (Short Form-36) (9).

Esta diversidad de instrumentos e información, trajo consigo el interés de los investigadores y miembros del sector salud, en clasificar a diferentes poblaciones según su percepción del estado de salud. Con este fin, en el año de 1991 nace el Proyecto “International Quality of Life Assessment” (IQOLA), cuyo objetivo fue traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento que midiera el estado multidimensional de la salud. El instrumento seleccionado fue la encuesta de salud SF-36, la cual en múltiples investigaciones en Estados Unidos habían demostrado su validez, confiabilidad y aceptación (10). En un inicio contó con equipos de investigación de 14 países, actualmente se cuentan más de 40 nuevas naciones, entre las que está Costa Rica.

El objetivo del estudio es calcular los valores de referencia de esta medida de CVRS en el año 2006 para la población costarricense, con el fin de analizar el estado de salud percibido, y compararlo con el que presentan otros países en los que se han realizado estudios utilizando el mismo instrumento.

Material y métodos

Se aplicó como parte del proyecto de la Encuesta Nacional de Salud de las familias costarricenses (ENSA 2006) realizada en julio del 2006. Se utilizó una muestra aleatoria de la población no institucionalizada de 1.000 personas mayores de 18 años, residentes en todo el territorio nacional.

Evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas siguiendo los principios que Ware y Sherbourne establecieron desde 1992.²

La recolección de información se hace a partir de 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 dimensiones de salud. Específicamente las dimensiones que se miden y su relación con los ítems se muestra en la tabla 1.

De forma general se describe el proceso de análisis de la información recolectada (12) (13). Tras la codificación necesaria, se obtienen 8 escalas usando el método de escalamiento de Likert. Este método es comúnmente utilizado en la construcción de escalas por su simplicidad y confiabilidad en los resultados. Las 8 escalas son posteriormente estandarizadas para facilitar su comparabilidad. Finalmente, estas 8 escalas, a su vez y mediante un análisis de componentes principales, son agregadas en dos medidas resúmenes de salud, a saber, un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM).³ Los datos se procesaron en el programa SPSS 13.0 y Stata versión 9.0.

Análisis de fiabilidad de los factores obtenidos

La fiabilidad de una escala, o en este caso una dimensión, se refiere a la capacidad de establecer de forma consistente y precisa la característica que pretende medir. Para medir la fiabilidad de las dimensiones se utiliza el Alfa de Cronbach, donde 0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total. Las escalas o dimensiones están compuestas por elementos homogéneos que miden la misma característica y la consistencia interna puede evaluarse mediante la correlación existente entre todos sus elementos (14).

² El cuestionario de Salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992 (7). El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalle por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994 (11). De manera simple y útil el cuestionario SF-36, evalúa un espectro del estado de salud en un rango de estados desde aquellos que se encuentran “más sanos” hasta aquellos “menos sanos” (11).

³ En el anexo 1 se puede observar la relación existente entre las preguntas del cuestionario, las 8 dimensiones obtenidas y las 2 medias resumen.

Tabla 1 Modelo de Medición

Preguntas ^a	Escalas	Medidas de Resumen
3a.Actividades Vigorosas 3b.Actividades moderadas 3c.Levantar bolsa compras 3d.Subir varios pisos 3e.Subir un piso 3f.Agacharse, arrodillarse 3g.Caminar 1 Km 3h.Caminar algunas cuadras 3i.Caminar una cuadra 3j.Bañarse, vestirse	función física (pf) Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.	Componente de Salud Física (CSF)
4a.disminuyó el tiempo 4b.menos cumplimiento 4c.algo limitado 4d.tuvo dificultad	rol físico (rp) Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física.	
7. magnitud del dolor 8. interferencia del dolor	dolor corporal (bp) Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa	
1. resultado EVGFP ^b 11a.Se enferma fácil 11b. tan saludable como otros 11c. salud va a empeorar 11d. salud excelente	salud general (gh) ^b Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.	
9a. animado 9e. con energía 9g. agotado 9i. cansado	vitalidad (vt) ^b Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento	
6. alcance social 10. magnitud(tiempo) social	función social (sf) ^b Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales	Componente de Salud Mental (CSM)
5a.disminuyó el tiempo 5b.menos cumplimiento 5c.no cuidadoso	rol emocional (re) Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales	
9b.nervioso 9c.desanimado 9d.tranquilo 9f.triste 9h.feliz	salud mental (mh) Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.	

^aEn el anexo 1 se encuentra el planteamiento de las preguntas

^bCorrelación significativa con otras dimensiones

Fuente: Sitio oficial www.sf-36.org/

El acuerdo general sobre el límite inferior para el Alfa de Cronbach es de 0,7, este valor debe estar relacionado de forma positiva al número de ítems que contenga la dimensión. Entre mayor sea la cantidad de variables, mayor será la fiabilidad y por tanto es necesario ser más estrictos (15). Para el caso de Costa Rica las alfas de las dimensiones presentan valores por encima del 0,7, a excepción de la función social cuyo nivel alcanza solo el 0,537 (tabla 2). En este caso es necesario tomar en cuenta que la dimensión está formada por solamente dos variables.

Otro indicador para medir la fiabilidad es la matriz de correlación, en caso de que las variables que componen una dimensión estén midiendo otra de las dimensiones, se observarán correlaciones elevadas. La mayoría de las correlaciones resultaron en rangos intermedios (media 0,4525). Las correlaciones más altas se observaron entre mh/vt (0,64), mh/sf (0,57) y vt/gh (0,57).

Tabla 2. Consistencia Interna (α de Cronbach) y correlaciones

Dimensión	α de Cronbach	Correlaciones ^a							
		función física	rol físico	dolor corporal	salud general	vitalidad	función social	rol emocional	salud mental
función física	0,917	1							
rol físico	0,918	0,46	1						
dolor corporal ^b	0,887	0,48	0,53	1					
salud general ^b	0,731	0,47	0,43	0,48	1				
vitalidad ^b	0,798	0,41	0,41	0,48	0,57	1			
función social ^b	0,537	0,42	0,45	0,49	0,44	0,55	1		
rol emocional	0,892	0,38	0,51	0,34	0,35	0,39	0,47	1	
salud mental ^b	0,767	0,35	0,30	0,40	0,42	0,64	0,57	0,48	1

^aTodas las Correlaciones son significativa al nivel 0,01 (dos colas)

^b Se utiliza una recodificación de las variables originales, lo cual hace posible comparaciones sin que las escalas de las variables resulten un inconveniente.

Fuente: Elaboración Propia

Análisis de componentes principales: Obtención de los componentes resumen

A partir de las ocho dimensiones, y con el fin de obtener los dos componentes resumen, se realizó un análisis de componentes principales cuyos principales resultados se detallan a continuación (tabla 3). El porcentaje de variabilidad acumulado por los dos factores resumen asciende al 63,10%, quedando en forma individual aceptablemente representadas todas las escalas en un rango de comunalidad individual desde el 0,451 (rol emocional) al 0,815 (salud mental).

Como se desprende de la tabla anterior, el análisis de componentes principales confirma la existencia de dos escalas sobre las que finalmente se resume, el componente físico (csf) y el componente mental (csm). Las dimensiones rol físico, función física, dolor corporal y salud general, están altamente correlacionados con la primera dimensión (componente físico); mientras que salud mental, vitalidad, función social y rol emocional miden el componente metal.

Tabla 3. Correlaciones entre componentes rotados y escalas. Matriz de componentes rotados(a)

	Componente	
	1	2
salud mental		0,894
vitalidad		0,791
función social		0,684
rol emocional		0,475
rol físico	0,828	
función física	0,741	
dolor corporal	0,705	
salud general	0,537	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Fuente: Elaboración Propia

Normalizando dichos componentes con media 50 y desviación típica (13) ambos componentes quedan descritos en la tabla 4.

Tabla 4. Componentes resumen de la percepción del estado de salud: Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Componente de escala física estandarizado	1000	13,15	67,97	49,99	9,99
Componente de escala mental estandarizado	1000	9,81	71,95	50,04	10,06

Fuente: Elaboración Propia

Percepción que tienen los costarricenses de su salud

Al analizar el total de la población en la escala de 0 –100, donde 0 es “la peor salud” y 100 “la mejor salud”, las puntuaciones medias variaron del 71 en la salud general a 86 en la función física (tabla 5), cuyas desviaciones estándar se encuentra separadas solamente por dos puntos, por lo que es de esperar que la diferencia se mantenga en la mayoría de los individuos.

Al observar la desviación estándar se tiene que la variabilidad es superior en el caso del rol emocional, seguido de cerca por el rol físico, comportamiento que se mantiene para la población femenina y la masculina (tabla 5). La salud en general es la puntuación que presenta una menor variación, nuevamente esto se cumple independientemente del género.

Sin importar género, las variables se concentran en los rangos superiores de valores posibles, lo cual se muestra en la considerable diferencia entre el porcentaje que se acumula en la puntuación máxima y en la mínima (tabla 5).

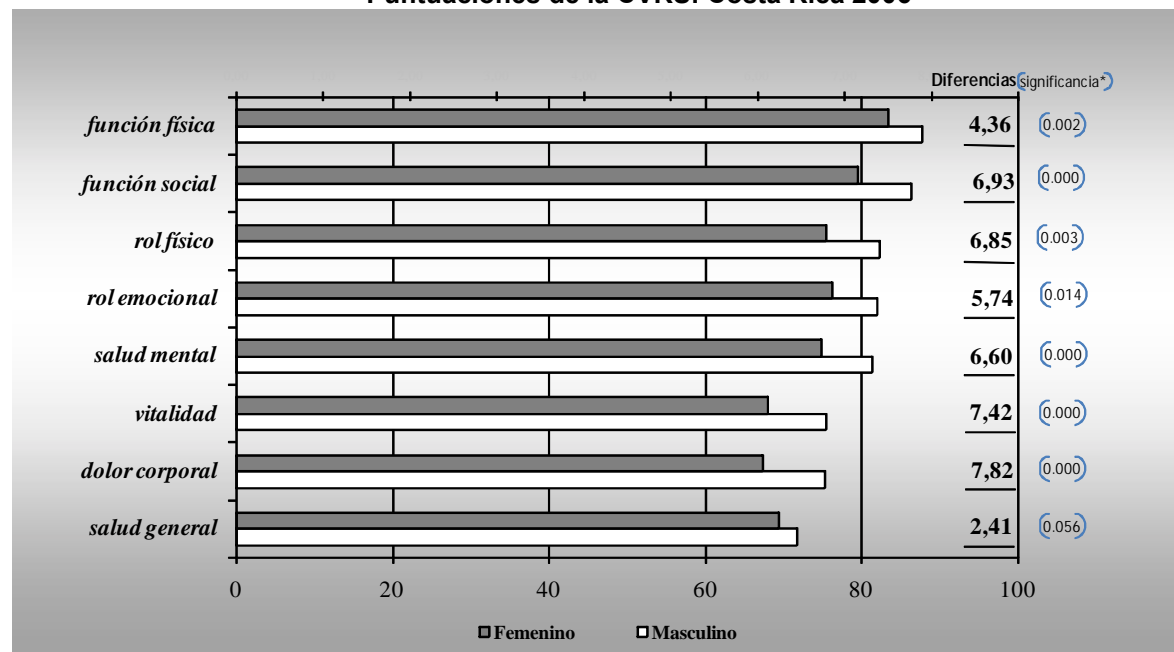
Al analizar los datos de forma gráfica sobresale, independiente de la dimensión, los hombres presentan mayores puntuaciones medias respecto a las mujeres. Las diferencias más notables en las puntuaciones son las observadas en dolor corporal y vitalidad, mientras que la menor la presenta la dimensión salud general. Las diferencias resultaron ser estadísticamente significativas al 10%, con excepción de la salud en general que resulto significativa al 5% (gráfico 1).

Tabla 5. Distribución de las puntuaciones de la CVRS para Costa Rica, según sexo.

Detalle	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Total								
Promedio	86	79	72	71	72	83	79	78
Desviación estándar	22	36	28	20	22	22	37	19
Mediana	95	100	74	72	75	89	100	80
Rango	0-100	0-100	0-100	5-100	0-100	0-100	0-100	4-100
Porcentaje con puntuación máxima (100)	48,1	69,9	36,3	5,6	14,6	46,8	72,0	16,5
Porcentaje con puntuación mínima (0)	0,4	14,1	1,3	0,0	0,3	0,4	14,8	0,0
Hombres								
Promedio	88	82	75	72	75	86	82	81
Desviación estándar	21	35	27	19	21	20	35	17
Mediana	100	100	84	75	80	100	100	84
Rango	0-100	0-100	0-100	10-100	5-100	0-100	0-100	4-100
Porcentaje con puntuación máxima (100)	53,2	74,8	41,2	5,8	17,5	53,7	75,4	20,3
Porcentaje con puntuación mínima (0)	0,4	12,3	1,7	0,0	0,0	0,2	12,9	0,0
Mujeres								
Promedio	83	75	67	69	68	79	76	75
Desviación estándar	23	38	29	20	22	23	39	20
Mediana	95	100	72	72	70	89	100	76
Rango	0-100	0-100	0-100	5-100	0-100	0-100	0-100	4-100
Porcentaje con puntuación máxima (100)	42,2	64,2	30,6	5,4	11,2	38,8	68,1	12,1
Porcentaje con puntuación mínima (0)	0,4	16,2	0,9	0,0	0,6	0,6	17,0	0,0

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 1
Puntuaciones de la CVRS: Costa Rica 2006



Tests para muestras independientes, los resultados no varía si se supone o no igualdad de medias.

Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a las diferencias entre los grupos de edad, se tiene que en el rango de los 18 y 24 años se presentan las mayores puntuaciones promedio en las diferentes dimensiones que definen la CVRS. Pero existen tres excepciones, la salud en general y la función social las cuales presentan el máximo valor en el nivel de edad ubicado entre los 25 y 34 años; y en segundo lugar el rol emocional el cual tiene su punto más alto entre los 35 y 44 años (tabla 6).

Por otro lado, las desviaciones estándar alrededor de la muestra son mayores entre las personas cuya edad supera los 60 años. En el caso de la función física y el rol emocional la variabilidad entre los individuos muestra un incremento conforme se avanza a través de los diferentes grupos de edad. A pesar de observar una disminución al pasar desde el grupo de los 45-54 al de los 55-64, la salud en general y la vitalidad, también presentan una desviación estándar con tendencia creciente (tabla 6).

Tabla 6. Promedio y Desviación estándar de las Puntuaciones medias en cada dimensión CVRS según edad

Edad	función física	rol físico	dolor corporal	salud general	vitalidad	función social	rol emocional	salud mental
Promedio								
18 - 24	93,8	82,0	76,7	73,0	74,2	82,7	80,8	80,0
25 - 34	90,9	81,4	72,3	73,5	73,4	85,7	82,0	79,3
35 - 44	89,5	80,9	70,6	71,7	71,5	82,3	82,9	76,7
45 - 54	84,5	81,0	69,1	69,0	70,6	84,7	77,7	76,8
55 - 64	79,2	76,2	68,8	68,5	71,5	82,1	79,2	80,4
65 y más	65,5	66,1	68,9	64,8	68,8	80,1	68,2	76,7
Desviación Estándar								
18 - 24	14,2	32,8	26,3	17,9	18,8	21,0	33,8	17,2
25 - 34	17,7	35,2	28,4	19,3	21,5	19,5	34,7	18,5
35 - 44	18,7	35,6	29,0	20,3	21,6	22,1	34,7	20,1
45 - 54	21,8	34,5	28,9	20,8	23,2	20,0	37,4	21,0
55 - 64	24,9	39,4	27,2	19,6	22,9	23,0	38,5	17,8
65 y más	28,0	43,7	29,3	21,4	24,7	25,8	43,5	19,8

En el anexo 3 se encuentran las puntuaciones de los grupos de edad por percentiles.

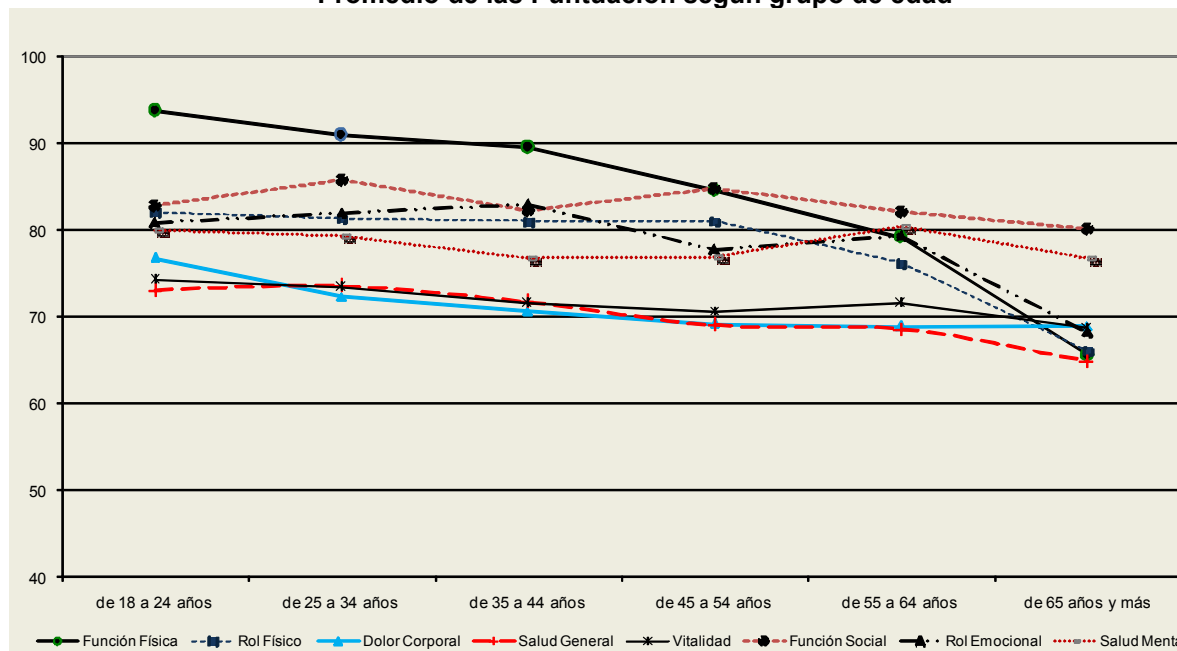
Fuente: Elaboración Propia

El gráfico 2 muestra como cambian las medias de las puntuaciones conforme se avanza en los grupos de edades. En el caso de la función física, el dolor físico y la salud en general, existe un comportamiento decreciente que se acentúa al pasar del penúltimo grupo de edad hacia las personas con 65 años y más. Lo mismo ocurre con el rol físico, pero en este caso la salud percibida muestra un comportamiento estable en los primeros grupos de edad. Por su parte, la función social, la vitalidad y la salud mental, no muestra diferencias considerables entre los diferentes grupos.

La dimensión conocida como función física supera durante los primeros 44 años de vida, los puntajes presentados por las otras áreas. Luego de atravesar este umbral, es reemplazada por la función social, quien se mantiene en el nivel más alto durante el resto de los años.

En lo que respecta a las particularidades entre la evolución de la salud a lo largo de la vida de los hombres y las mujeres, resaltan dos consideraciones. En primera instancia, sin importar la edad, los hombres perciben un estado de salud superior a las mujeres (tabla 7). Pese a esto existen excepciones, la más importante la presentan las personas que se encuentran entre los 55 y 64 años de edad, donde el rol emocional es en promedio 5,96 puntos superior en el caso de las mujeres.

Gráfico 2
Promedio de las Puntuación según grupo de edad



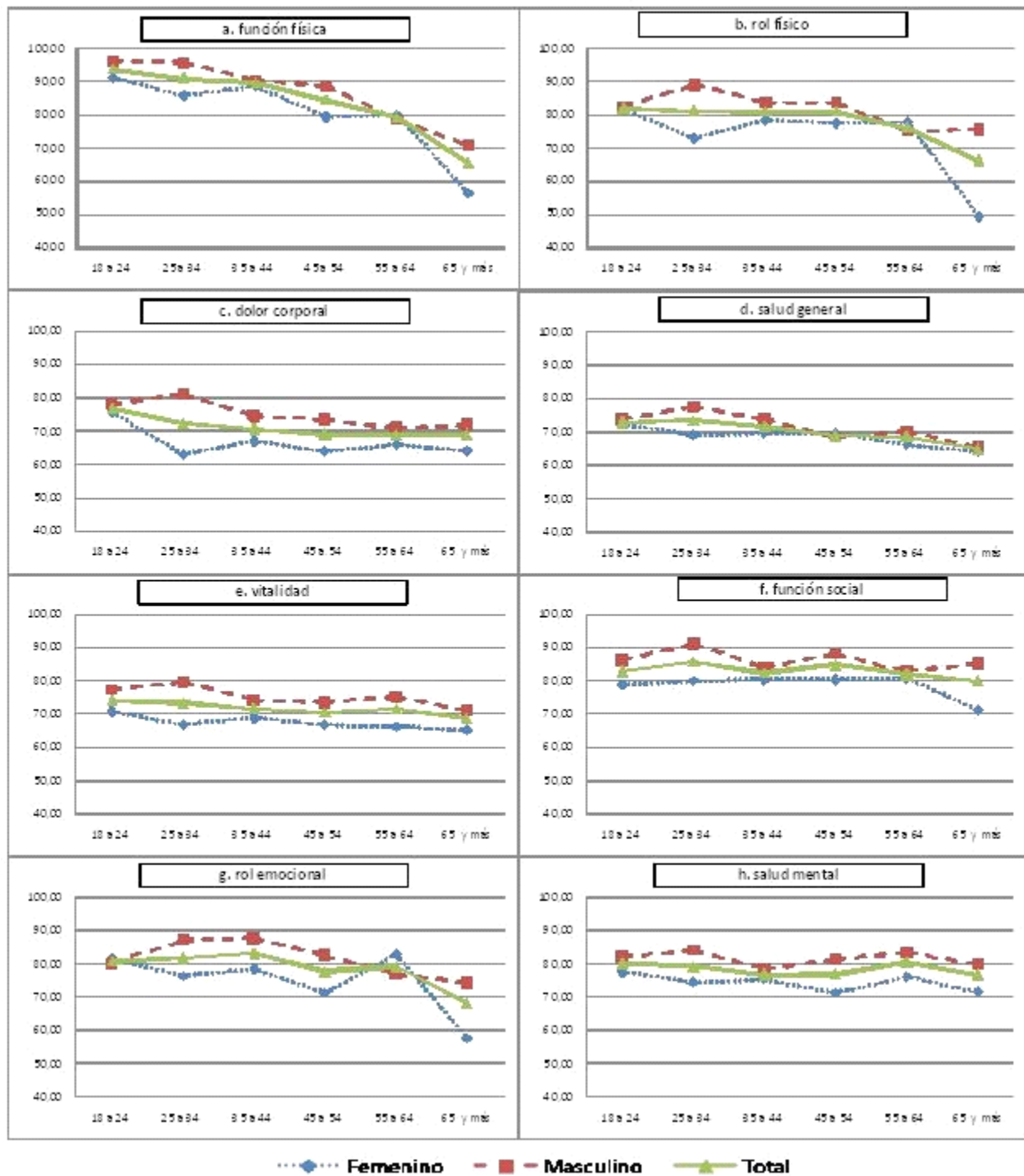
Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 7. Diferencias entre el promedio de las puntuaciones de los hombres y el de las mujeres según edad

	18 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 y más
función física	4,98	9,90	1,68	9,31	-1,45	14,50
rol físico	1,06	16,24	5,16	6,11	-2,78	26,31
dolor corporal	2,34	18,06	7,70	9,47	4,98	7,60
salud general	1,44	8,54	3,99	-1,55	4,24	1,03
vitalidad	6,59	12,64	5,21	6,88	8,97	5,99
función social	7,42	11,23	3,67	7,61	2,03	13,86
rol emocional	-1,22	10,58	9,37	11,29	-5,96	16,45
salud mental	4,34	9,55	3,29	10,03	7,27	8,21

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 3
Promedio por género de las puntuaciones según edad



Fuente: Elaboración Propia

Otra consideración surge al observar el gráfico 3, donde función física, rol físico y rol emocional, caen considerablemente en las últimas dos etapas de la vida de la mujer, mientras que son relativamente constantes a lo largo de la vida de los hombres. Por otra parte en la mayoría los paneles del gráfico 3, con excepción del 3.f, en el segundo grupo de edad hay un deterioro de la percepción de salud por parte de las mujeres, mientras que los hombres presentan una mejora. Esto puede estar relacionado al hecho que la etapa de 25 a 35 años coincide con la edad en que las mujeres más frecuentemente desarrollan el rol materno (embarazo y niños pequeños), aumentando los roles sociales y teniendo efectos en su percepción del estado de salud (16). Adicionalmente, pese a que las dimensiones que se asocian al componente mental son relativamente constantes a lo largo de la vida, las mujeres perciben primero un deterioro del rol emocional (gráfico 3.g) en el grupo de 45 a 54 años y posteriormente una disminución aun mayor de esta dimensión en el último grupo de edad. La primera caída podría estar asociada a la etapa menopáusica y la segunda al periodo en que las mujeres enviudan⁴.

En cuanto a los componentes resumen (físico y mental) estos se encuentran alrededor de 50 puntos, independiente del género, donde la desviación es ligeramente superior en el caso de los hombres. En vista del comportamiento asimétrico negativo de las puntuaciones, los componentes resumen también muestran una clara asimetría negativa (tabla 8).

Tabla 8. Estadísticos de Grupo			
	Sexo	Componente de escala físico estandarizado	Componente de escala mental estandarizado
Promedio	Masculino	50,64	51,64
	Femenino	49,24	48,20
	Total	49,99	50,04
Desviación Estándar	Masculino	9,78	9,19
	Femenino	10,20	10,70
	Total	9,99	10,06
Asimetría	Masculino	-1,50	-0,72
	Femenino	-0,98	-0,76
	Total	-1,24	-0,80
Curtosis	Masculino	1,87	0,22
	Femenino	0,45	0,28
	Total	1,08	0,43

Fuente: Elaboración Propia

Las diferencias de salud son significativamente distintas por género en ambos componentes (tabla 9), si bien son menos significativas en el componente físico ($p=0,028$) y más determinantes en el componente mental ($p=0,000$).

⁴ Esperanza de vida al nacer h/m (años): 75.0/80.0. (OMS, www.who.int/countries/cri/es/)

Tabla 9. T-test para igualdad de medias por género

	Componente de escala físico estandarizado		Componente de escala mental estandarizado	
	Se asume igualdad de medias	No se asume igualdad de medias	Se asume igualdad de medias	No se asume igualdad de medias
Sig. (2-colas)	0,028	0,028	0,000	0,000
Diferencia de Medias	1,393	1,393	3,445	3,445
Error estándar de las Diferencias	0,632	0,634	0,629	0,636
95% Intervalo de Confianza de las Diferencias	Inferior 0,152 Superior 2,635	0,148 2,639	2,211 4,679	2,197 4,693

Fuente: Elaboración propia.

Con los resultados normalizados, cada escala tiene una media de 50 y una desviación estándar de 10 puntos, las diferencias entre los resultados de las escalas reflejan más claramente las diferencias en el estado de salud. Cada vez, que una escala o medida de resumen está por debajo de 50, el estado de salud estará bajo el promedio y cada punto es 1/10 de una desviación estándar. Tomando en cuenta esto, si consideramos solamente a los individuos con puntuaciones en alguna de las dos escalas inferior a 50 (por debajo del promedio), las diferencias por género dejan de ser significativas en la componente física ($p=0,691$) y se mantienen en la componente mental ($p=0,000$) (Tabla 10). Esto refleja cómo la componente mental es, en términos relativos frente al género masculino, el principal acicate en el estado de salud de las mujeres.

Tabla 10. T-test para igualdad de medias por género, Individuos con puntuaciones en alguno de los componentes inferior a 50

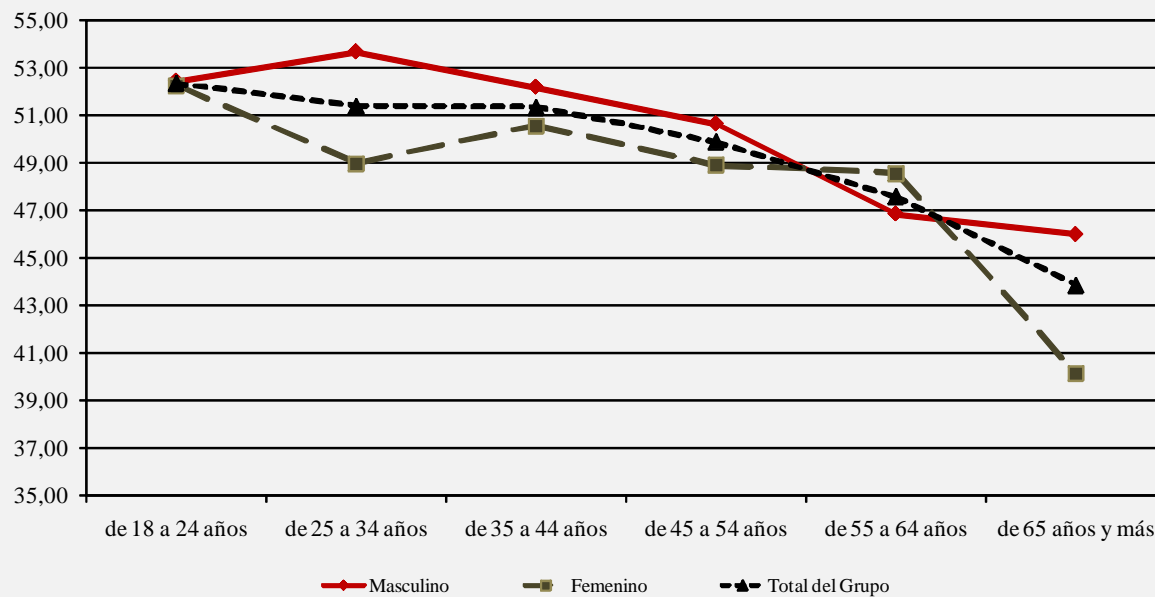
	Componente de escala físico estandarizado		Componente de escala mental estandarizado	
	Asume medias iguales	No asume medias iguales	asume medias iguales	No asume medias iguales
Sig. (2-colas)	0,691	0,691	0,000	0,000
Diferencia de Medias	0,370	0,370	2,972	2,972
Error estándar Diferencias	0,930	0,932	0,839	0,838
95% Int confianza	Inferior -1,456 Superior 2,197	-1,460 2,201	1,324 4,621	1,327 4,617

Fuente: Elaboración Propia

En los gráficos 4 y 5 se observa por grupos de edad como la brecha entre géneros es estable a los largo de la vida en el componente mental; sin embargo, en el componente físico las diferencias son menos sistemáticas. Mientras que la diferencia promedio en el caso del componente físico entre el primer y el último grupo de edad es de 6,43 ($0,000^5$) para las mujeres y de 12,43($0,000$) para los hombres, para el componente mental estos valores corresponden a -0,11($0,934$) y -0,42 ($0,818$) respectivamente, pero estas últimas son no significativas. Por otra parte, el comportamiento de la segunda categoría de edad (disminución para las mujeres y aumento para los hombres), observado con anterioridad en el gráfico 3, se presenta en el componente físico y en mucho menor grado en el mental.

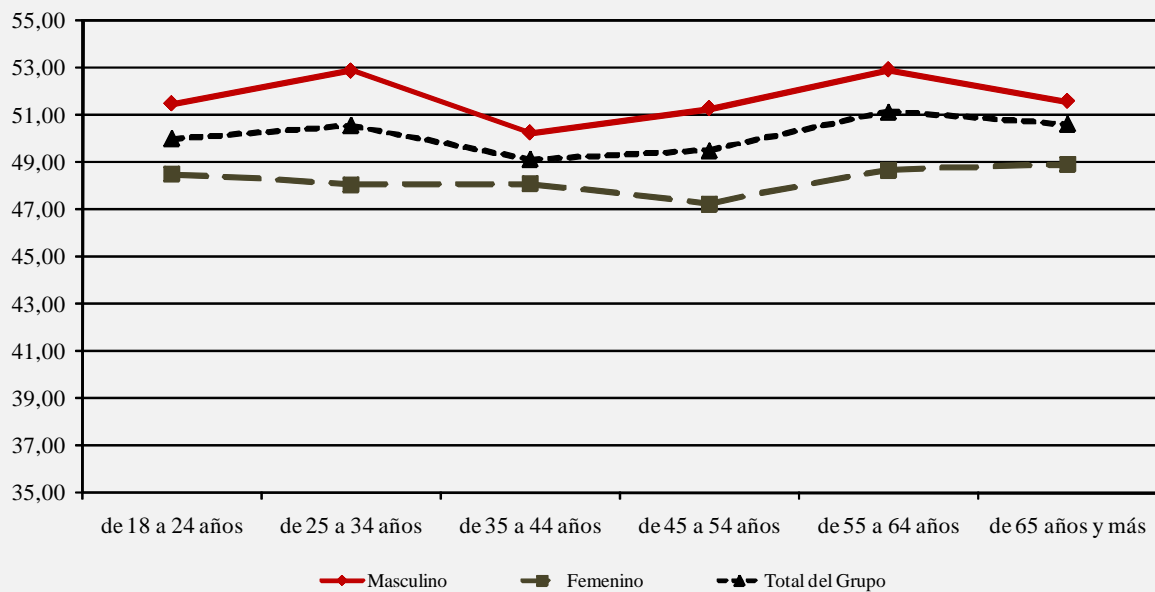
⁵ Nivel de significancia: Comparación entre las medias del grupo de edad de 18 a 25 años y el grupo de 65 años o más. Test para muestras independientes. Prueba sin suponer igualdad de medias.

Gráfico 4
Componente de Escala Físico Estandarizado



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 5
Componente de Escala Mental Estandarizado



Fuente: Elaboración Propia

Un contraste ANOVA permite observar que no existen diferencias significativas en el componente mental (CSM) con medias estables en los seis intervalos de edad definidos ($p=0,000$) reflejando cómo el estado de salud mental no está significativamente relacionado con la edad sino que es un proceso más estable a lo largo de la vida del individuo, el componente físico muestra un claro y significativo gradiente entre los intervalos ($p=0,493$). También en este caso conviene profundizar en las diferencias por género pues como puede observarse según el estadístico de Scheffé⁶ las diferencias de salud por grupos de edad tienen diferente estructura dependiendo del género (tabla 11). Mientras en el caso de los hombres el grupo con diferencias significativas es el de mayor edad, para las mujeres es a partir de los 45 años cuando el desmejoramiento de la salud física comienza a ser estadísticamente significativo.

Tabla 11. Estadístico Scheffé: Gradiente de salud en el Componente Físico^a según grupos de edad y género

EDAD	N	MUJERES		N	HOMBRES	
		Subconjunto para alfa = .05			Subconjunto para alfa = .05	
		1	2		1	2
65 y más	71	45,99		41	40,12	
55 a 64	76	46,85		54		48,57
45 a 54	98	50,64	50,64	78		48,90
35 a 44	87		52,18	88		48,98
18 a 24	106		52,42	94		50,56
25 a 34	93		53,67	104		52,24
Sig.		0,07	0,49		1,00	0,44

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

^aComponente físico estandarizado. $P<0,001$

Fuente: Elaboración Propia

Comparación: México, Chile, España, Canadá y Costa Rica

El instrumento utilizado en Costa Rica ha sido aplicado en gran número de países y diversidad de diagnósticos, dando lugar a una extensa lista de estudios. Para el presente documento y con el fin de simplificar el análisis, se elige para la comparación un grupo reducido de países: México, España, Chile y Canadá.

Tomando en cuenta la recomendación realizada en anteriores estudios, se expone de forma breve las características básicas de las investigaciones seleccionadas. En el caso de México el grupo investigador eligió dos estados federados representativos Oaxaca para la zona sur y Sonora para el norte, los cuales además representan dos extremos del desarrollo social y económico del país. La aplicación se realizó durante los

⁶ Procedimiento de comparaciones múltiples útil para examinar todas las posibles combinaciones lineales de medias de grupo, en lugar de comparar sólo por parejas. Resulta conservador en el caso de comparaciones de medias por parejas. En otras palabras, desde el punto de vista de la significación, este método requiere que las diferencias entre medias sean más grandes que en la mayoría de los otros métodos. <http://www.estadistico.com/dic.html?p=831>

años 1999 y 2000, como parte de un estudio de salud más amplio que abarcaba todo el país. Respondieron al cuestionario 5961 individuos mayores de 25 años de edad, donde la edad promedio para los hombres ascendió a 47,9 años (DE=13,8) y las de las mujeres 46,6 (DE=13,4) (17).

En Canadá la investigación se realizó como parte del estudio “Canadian Multicentre Osteoporosis”, el cual fue diseñado para proporcionar las estimaciones del predominio y la incidencia de osteoporosis y fracturas entre hombres canadienses y mujeres, y la variación regional de estas tasas. La información recolectada incluía el instrumento SF-36 como una medida de la salud en relación a la calidad de vida, buscando resultados tanto para las personas con osteoporosis como las que no padecían la enfermedad. Los datos fueron recolectados entre febrero de 1996 y setiembre de 1997. La muestra fue seleccionada dentro de un radio de 50 kilómetros alrededor de 9 ciudades canadienses: Vancouver, Calgary, Saskatoon, Hamilton, Toronto, Kingston, Quebec, Halifax y St. John's. Sabiendo que a mayor edad mayor riesgo de osteoporosis, la selección de la muestra sobre representó a las personas de mayor edad. Del total de 9423 individuos encuestados, cerca del 30% correspondía a hombres cuya edad media era de 59,9 (DE=14,5); mientras que 63,1 (DE = 12,8) era la edad promedio en el caso de las mujeres (18).

Por su parte en España fue aplicada como parte de la “Encuesta Domiciliaria sobre el Uso de Drogas” en febrero de 1996. Abarco una muestra aleatoria de 9984 encuestados con edades superiores a los de 15 años, el análisis se restringió a los mayores de 18 años (n = 9.151). Como la encuesta también pretendía medir el consumo de drogas ilícitas que se concentra principalmente en el grupo de 15-39 años, este fue sobre representado. Los individuos entrevistados tenían una edad media de 45,2 años, y había un ligero predominio del género femenino (51,8%).¹

Por último, en el periodo 2004-2005 la superintendencia de ISAPRES⁷ en Chile, dirigió una investigación a nivel nacional cuyo objetivo era establecer un perfil multidimensional del Estado de Salud en una muestra representativa de los beneficiarios adultos del Fondo Nacional de Salud (FONASA) e ISAPRES. El diseño muestral fue aleatorio estratificado por edad, sexo, situación previsional y distribución geográfica de la población. El 51,6% de los individuos entrevistados fueron mujeres y el promedio de edad de la muestra fue de 38 años (DE=13,9), con un rango de 15-86 años. El 72,3% de la muestra correspondió a beneficiarios de FONASA y el 27,7% restante a beneficiarios de ISAPRES (19).⁸

En el tabla 12 y el gráfico 6, se encuentran los puntajes de las ocho dimensiones por país. Chile muestra valores comparativamente bajos y México presenta puntuaciones altas. Costa Rica ocupa el primer lugar en las dimensiones de salud mental y vitalidad, y el segundo lugar en salud en general, en el otro extremo se encuentra por debajo del resto del los países en la escala de rol físico.

⁷ Se conoce como ISAPRES a las empresas de seguros de salud privados en Chile.

⁸ Este predominio de los servicios de salud pública sobre los privados es una característica que comparte con Costa Rica, donde el 70%.

Los componentes físico y mental, se encuentran por encima de los 50 puntos para tres de los cuatro países con los que se cuenta información (tabla 12).

Tabla 12. Comparación puntuaciones medias en cada dimensión y los componentes resumen, grupo de países seleccionados

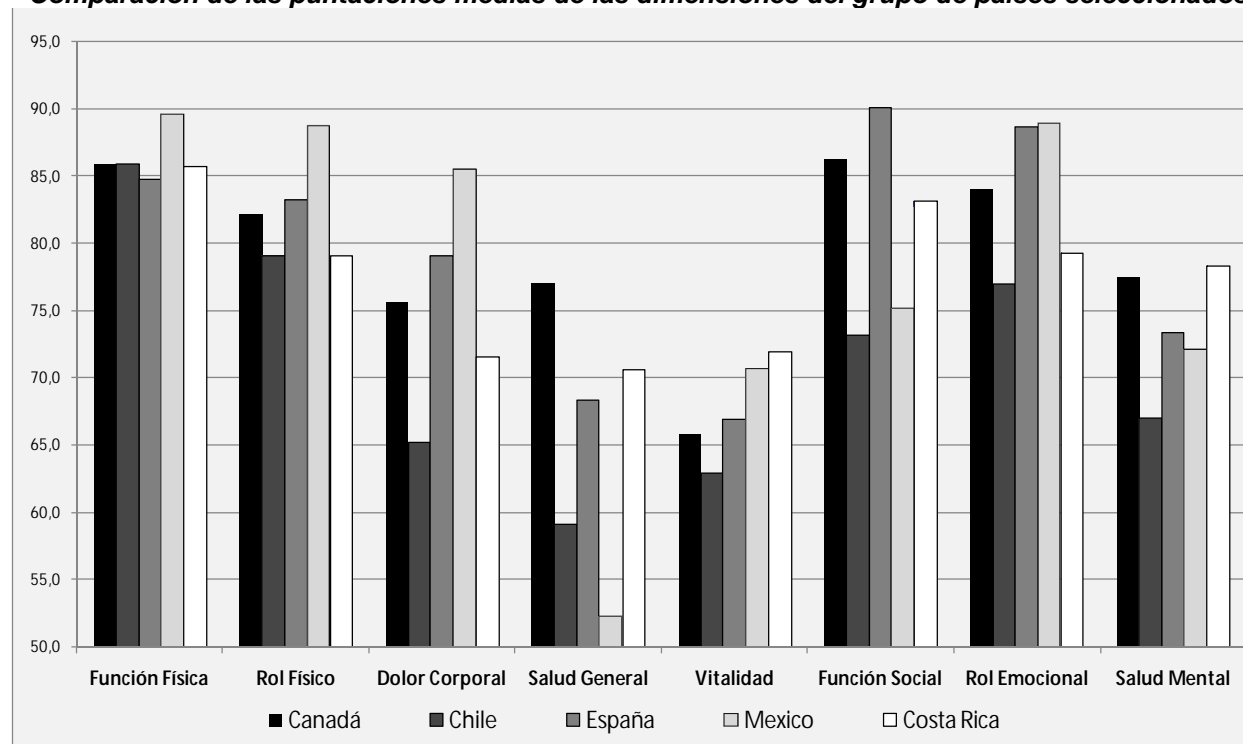
	Canadá	Chile	España	México	Costa Rica
función física	85,8	85,9	<u>84,7</u>	89,6	85,7
rol físico	82,1	<u>79,1</u>	83,2	88,7	<u>79,1</u>
dolor corporal	75,6	<u>65,2</u>	79,0	85,5	71,6
salud general	77,0	59,1	68,3	<u>52,2</u>	70,6
vitalidad	65,8	<u>62,9</u>	66,9	<u>70,7</u>	72,0
función social	86,2	<u>73,2</u>	90,1	75,1	83,1
rol emocional	84,0	<u>77,0</u>	88,6	88,9	79,3
salud mental	<u>77,5</u>	<u>66,9</u>	73,3	72,1	78,3
Componente de Salud Mental	50,5	<u>45,1</u>		76,7	50,1
Componente de Salud Física	51,7	<u>49,8</u>		79,0	50,0

Por fila, los valores máximos aparecen marcados en negita y los mínimos aparecen subrayados

Fuente: Datos. México: Duran y otros, 2004. Canadá: Hopman y otros, 2000. Chile: Olivares, 2006. España: Alonso y otros, 1998. Costa Rica: Elaboración Propia.

Gráfico 6

Comparación de las puntuaciones medias de las dimensiones del grupo de países seleccionados



Fuente: Datos. México: Duran y otros, 2004. Chile: Olivares, 2006. España: Alonso y otros, 1998. Costa Rica: Elaboración Propia

Discusión

En este estudio, la medida de calidad de vida relacionada con la salud fue adaptada y aplicada a una muestra representativa de la población adulta (> de 18 años de edad). Los análisis de dimensionalidad y fiabilidad de la encuesta mostraron que cumple cabalmente con los requisitos metodológicos para evaluar en forma confiable y válida, el perfil multidimensional del concepto de salud costarricense.

En la escala de 0 –100, donde 0 es “la peor salud” y 100 “la mejor salud”, los valores extremos fueron 71 para salud en general y 86 para la función física. El rol emocional represento la escala de mayor desviación promedio con respecto a su media (DE=37), mientras que la menor desviación (DE=20) fue la de salud en general.

En todas las dimensiones el resultado de los hombres fue superior al de las mujeres y estadísticamente significativo. La mayor diferencia promedio se encuentra en la dimensión de dolor corporal (7,82), pero las dimensiones función social, rol físico y vitalidad también presentaron una elevada discrepancia entre géneros.

Al dividir la población según edad se aprecian cuatro comportamientos, en primer lugar entre mayor es el grupo de edad menores son los valores de las dimensiones asociadas al componente físico. Segundo, pese a que no existe una tendencia clara del componente mental, el menor puntaje se encuentra en el grupo de mayor edad; esto se mantiene dentro del análisis comparativo de países. Tercero, en el segundo grupo de edad hay un deterioro de la percepción de salud por parte de las mujeres, mientras que los hombres presentan una mejora, una explicación sería que esta etapa coincide con el periodo fértil de la mujer. Por último, pese que las dimensiones que se asocian al componente mental son relativamente constantes a lo largo de la vida, las mujeres perciben primero un deterioro del rol emocional en el grupo de 45 a 54 años y posteriormente una disminución aun mayor de esta dimensión en el último grupo de edad, la primera caída podría estar asociada a la etapa menopáusica y la segunda disminución al periodo en que las mujeres podría coincidir con el síndrome del nido vacío. Estas diferencias en el comportamiento por género es necesario profundizarlas y establecer la validez de las hipótesis propuestas.

En cuanto a los componentes resumen, la media del componente físico (49,9) es ligeramente inferior al mental (50,04). Los promedios de ambas escalas se encuentran alrededor de 50 puntos para ambos géneros, con una diferencia significativa de alrededor de 1 punto a favor de los hombres. Sin embargo, al considerar solo los individuos con puntuaciones menores a 50 en alguna de las dos escalas, la diferencia resulta ser significativa solamente para el componente mental. Para el género masculino y el femenino, las diferencias en el componente mental, tienden a ser estables a lo largo de la vida, pero para el físico no es tan sistemático, mostrando la mayor diferencia en edades superiores a los 65 años.

Dentro del análisis comparativo de países resalta que a pesar de que de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano (IDH)¹³, Canadá se encuentra en la posición 6, España en 19, Chile en la

38, Costa Rica en la 48 y México en la 53, este último aparece con las puntuaciones más altas, tanto en las ocho dimensiones como en los dos componentes resumen, esto puede obedecer a representatividad de la muestra seleccionada en México.

Por último es necesario resaltar que el estudio marca las diferencias en los perfiles de salud masculinos y femeninos, y como estos evolucionan según la edad del individuo. Con lo anterior se espera despertar un interés en los formuladores de políticas y demás agentes relacionados al sistema de salud, con el fin de profundizar y ampliar el tema para lograr explicar el comportamiento de la percepción de la salud que poseen los costarricenses y sus diferencias según edad y género.

Bibliografía

1. *La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones.* **Badia, X, et al.** 79-86, Barcelona: Medicina Clínica, 1999, Medicina Clínica, Vol. 112, pp. 79-86.
2. *Measuring quality of life in stroke.* **De Haan, R, et al.** 320-7, s.l. : Stroke, 1993, Vol. 24.
3. *Health status and health policy quality of life in health care evaluation and resource allocation.* **Patrick, DL and Erickson, P.** 1993, New York: Oxford University Press, pp. 58-75.
4. *Assessment of quality of life outcomes.* **Testa, MA and Simonson, DC.** 1996, New England Journal of Medicine, pp. 834-40.
5. **WHO.** *International classifications of impairment, disabilities, and handicaps.* Geneve : World Health Organization, 1980.
6. **Olney, SJ and Martin, CS.** *Rehabilitation physical therapy for stroke.* [book auth.] KMA Welch, et al. *Primer on cerebrovascular diseases.* New York, USA : New York Academic Press, 1997, pp. 751-64.
7. *Calculating the global burden of disease: time for a strategic reappraisal?* **Ware, J and Sherbourne, CD.** 8, 1999, Health Economics, pp. 1-8.
8. *EuroQol: the current state of play.* **Brooks, R and with the, EruroQol Grup.** 53-72, s.l. : Helath Policy, 1996, Vol. 37.
9. *The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations.* **Hunt, SM, et al.** 1981, Soc Sci Med, pp. 221-9.
10. **IQOLA.** International Quality of Life Assessment Project. [Online] febrero 2007. www.iqola.org.
11. **Departamento de Estudios y Desarrollo.** *Estado de Salud de Beneficiarios del Sistema de Salud de Chile: 2004-2005.* Santiago : Gobierno de Chile, 2006.
12. **Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS) Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios.** *Puntuación del Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.* España: BiblioPro, 1993.
13. *SF-36 Health Survey Update.* **Ware, J.** 24, 2000, SPINE, Vol. 25, pp. 3130-9.
14. **Perez, C.** *Métodos Estadísticos Avanzados con SPSS.* Madrid, España : s.n., 2005.
15. **Hair, et al.** *Análisis Multivariante, quinta edición.* Madrid : s.n., 1999.
16. *Equidad, género y reforma de las políticas de salud en América Latina y el Caribe Comisión Económica para América Latina y el Caribe.* **OPS.** Lima, Perú : s.n., 2000. VIII Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe.
17. *Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el formato corto 36.* **Duran, L, et al.** 46-54, México : Salud Pública, 2004.
18. *Canadian normative data for the SF-36 health survey.* **Hopman, W, et al.** 2000, Canadian Medical Association Journal, pp. 283-4.

19. **Olivares, P.** *Estado de salud de beneficiarios del Sistema de Salud de Chile: 2004-2005.* Santiago, Chile: Documento de Trabajo. Superintendencia de ISAPRES, 2006.
20. *Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de Salud SF-36.* **Alonso, J, et al.** 410-6, Barcelona : Medicina Clínica, 1998, Medicina Clínica, Vol. 111, pp. 410-416.
21. *Use of structural equation modeling test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: results from the IQOLA Project. Internacional Quality of Life Assessment.* **Keller, SD, et al.** 1998, Journal of Clinic Epidemiologics, pp. 1179-88.
22. **OMS.** www.who.int/countries/cri/es/. [Online] febrero 20, 2007. [Cited: febrero 20, 2007.] www.who.int/countries/cri/es/.
23. **Stata Corporation.** *Stat statistical software: release 8.0.* Texas, USA : College Station Texas Stata Corporation, 2003.
24. *Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México.* **Zuñiga, MA, et al.** México : s.n., 1999, Salud Pública de México, Vol. 41, pp. 110-7.
25. **SF-36.** SF - 36 Survey. [Online] febero 2007. www.sf-36.org.

Palabras Clave:

Encuesta de Salud SF-36. Estado de salud autopercebida. Calidad de vida relacionada con la Salud.

Anexo 1

Tabla 13. Análisis de Factores para las 36 variables obtenidas a partir de la encuesta para Costa Rica

Dimensión	Pregunta ^a	Factores ^b							
		1	2	3	4	5	6	7	8
función física	pf01	0,63						0,30	
	pf02	0,73							
	pf03	0,71							
	pf04	0,75							
	pf05	0,80							
	pf06	0,71							
	pf07	0,79							
	pf08	0,82							
	pf09	0,78							
	pf10	0,59							
rol físico	rp 1		0,82						
	rp 1		0,82						
	rp3		0,85						
	rp 4		0,76						
dolor corporal	bp1 ^c		0,39					0,31	0,61
	bp1 ^c	0,31	0,48						0,52
salud en general	gh1							0,57	
	gh2						0,67		
	gh3 ^c						0,61		
	gh4						0,75		
	gh5 ^c				0,37		0,52	0,32	
vitalidad	vt1 ^c				0,71				
	vt2 ^c				0,75				
	vt3			0,58					
	vt4			0,56					
función social	sf1 ^c		0,39	0,31	0,35				
	sf2			0,40	0,30				
rol emocional	re1					0,77			
	re2					0,79			
	re3					0,77			
salud mental	mh1			0,67					
	mh2			0,76					
	mh3 ^c				0,69				
	mh4			0,73					
	mh5 ^c				0,70				
cambio estado salud último año	HT							-0,78	

^a Significado de las siglas: Anexo 2, cuadro 14

^b Método de Extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Varimax con Normalización Kaiser.

^c Se utiliza una recodificación de la variable original, posibilitando comparaciones sin que las escalas de las variables resulten inconveniente.

Se muestran solo los valores superiores a 0,3

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 2

Tabla 14. Agrupación de las preguntas aplicadas en la encuesta para Costa Rica^a

Bp1	21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
Bp2	22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
Gh1	1. En general, usted diría que su salud es:
Gh2	33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
Gh3	34. Estoy tan sano como cualquiera.
Gh4	35. Creo que mi salud va a empeorar.
Gh5	36. Mi salud es excelente.
Ht	2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
Mh1	24. ¿estuvo muy nervioso?
Mh2	25. ¿se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
Mh3	26. ¿ se sintió calmado y tranquilo?
Mh4	28. ¿se sintió desanimado y triste?
Mh5	30. ¿se sintió feliz?
pf01	3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
pf02	4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los billar o pool o caminar más de una hora?
pf03	5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de las compras?
pf04	6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
pf05	7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
pf06	8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
pf07	9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
pf08	10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)
pf09	11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
pf10	12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
re1	17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
re2	18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
re3	19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
rp1	13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
rp2	14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
rp3	15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
rp4	16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
sf1	20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
sf2	32. ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
vt1	23. Se sintió llenó de vitalidad
vt2	27. ¿ tuvo mucha energía?
vt3	29. ¿se sintió agotado?
vt4	31. ¿se sintió cansado?

^aDonde:

- PF = función física
- RP = Rol Físico
- MH = Salud Mental
- VT = Vitalidad
- RE = Rol Emocional
- GH = Salud en General
- BP = Dolor Corporal
- SF = Función Social

Fuente: Elaboración propia.