

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

FACULTAT DE MEDICINA

Departament de Medicina Interna

**ESTUDI DE QUALITAT DE VIDA RELACIONADA AMB LA SALUT
EN ATENCIÓ PRIMÀRIA: MALALTIES CRÒNIQUES
VERSUS PATOLOGIA MENTAL.**

TESI DOCTORAL

Estudi presentat per a l'obtenció del GRAU DE DOCTOR per

Judit-Angela Marín Serral

Director

**DR. José Alegre Martín/ PROF. ASSOCIAT METGE DEL DPT.
DE MEDICINA DE LA UNIVERSITAT AUTÒNOMA
DE BARCELONA.**

**DR. Tomás Fernández de Sevilla Ribosa /PROF. TITULAR
DEL DPT. DE MEDICINA DE LA UNIVERSITAT AUTÒNOMA
DE BARCELONA.**

Barcelona, febrer de 2008

A la meva família
i als meus pares

AGRAÏMENTS:

- Dr José Alegre , director d' aquesta tesi.
- Carina Aguilar Martín , tècnic en Salut de la SAP Terres de l' Ebre.
- Dr. Tomàs Fernàndez de Sevilla, director també d'aquesta tesi.
- Als companys del CAP Deltebre, CAP San Carles i CAP Temple que han col·laborat en l' estudi : M. José Romero Fraile, Mercé Fatsini Piñol, Francisca Obiol Castellà, Maribel Bertomeu Vergés, Elena Prada Blanco, Elena Papaseit Pacheco, Josep –Lluís Clua Espuny.
- A la Fundació Jordi Gol i Gorina.
- Al Dr Jordi Alonso (IMIM) per donar –me l'autorització per poder utilitzar la versió validada en català del qüestionari SF-36.
- Als pacients que han acceptat entrar en l' estudi, sense la seva col·laboració no hagués estat possible .I perquè el motiu de la investigació són ells: els pacients

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ.....	6
JUSTIFICACIÓ, HIPÒTESI I OBJECTIUS.....	36
METODOLOGIA.....	42
1. ELECCIÓ DEL DISSENY.....	43
2. POBLACIÓ D' ESTUDI.....	43
3. VARIABLES D' ESTUDI.....	44
4. TAMANY DE LA MOSTRA.....	46
5. TRACTAMENT ESTADÍSTIC.....	46
6. LIMITACIONS DE L' ESTUDI.....	48
7. APLICABILITAT I UTILITAT PRÀCTICA A L' AREA DE SALUT...48	
RESULTATS.....	49
1. CARACTERÍSTIQUES DE LA MOSTRA.....	50
2. CARACTERÍSTIQUES DELS 2 GRUPS D' ESTUDI.....	51
2.1. EDAT.....	51
2.2. SEXE.....	52
2.3. ESTAT CIVIL.....	52
2.4. SITUACIÓ LABORAL.....	53
2.5. INTENSITAT DE L' ACTIVITAT LABORAL.....	53
2.6. REALITZACIÓ D' EXERCICI FÍSIC.....	54
2.7. TABAQUISME.....	54
2.8. NIVELL D' ESTUDIS.....	55
2.9. ENOL DE RISC.....	55
2.10. DROGUES.....	55
2.11. ANTECEDENTS FAMILIARS DE MALALTIA MENTAL.....	55
3. RESULTATS SF-36.....	56
3.1. RESULTATS SF-36 SEGONS EL SEXE.....	56
3.2. RESULTATS SF-36 EN ELS 2 GRUPS D' ESTUDI.....	57

3.3.RESULTATS DE L' ESCALA ANSIETAT I DEPRESSIÓ DE GOLBERG.....	58
3.4.RESULTATS SF-36 I ESCALA ANSIETAT –DEPRESSIÓ DE GOLBERG.....	59
3.5.RESULTATS SF-36 SEGONS PRÀCTICA D' EXERCICI FÍSIC.....	61
3.6.RESULTATS SF-36 SEGONS INTENSITAT ACTIVITAT LABORAL.....	62
3.7.RESULTATS SF-36 SEGONS L' ACTIVITAT LABORAL.....	63
3.8.RESULTATS SF-36 SEGONS LES DIFERENTS PATOLOGIES CRÒNIQUES: HTA,DISLIPÈMIA, DM.....	64
3.8.1.RESULTATS SF-36 I HTA.....	64
3.8.2.RESULTATS SF-36 I DM.....	65
3.8.3.RESULTATS SF-36 I DISLIPÈMIA.....	66
3.9.RESULTATS SF-36 I XIFRES DE TA, COLESTEROL TOTAL, LDL-COLESTEROL, HBA 1 C I IMC.....	67
3.9.1. RESULTATS SF-36 I XIFRES DE TA.....	67
3.9.2. RESULTATS SF-36 I XIFRES COLESTEROL TOTAL I LDL-C.....	68
3.9.3.SF-36 I XIFRES HB A1 C.....	69
3.9.4. SF-36 I OBESITAT.....	70
3.10. RESULTATS SF-36 I EDAT.....	71
DISCUSIÓ.....	72
CONCLUSIONS.....	77
RESUM	80
BIBLIOGRAFIA.....	83
ANNEXES.....	97
1.ENQUESTA DE RECOLLIDA DE DADES.....	98
2. ESCALA ANSIETAT –DEPRESSIÓ DE GOLBERG.....	100
3. QUESTIONARI SF-36 VERSIÓ EN CATALÀ.....	102

INTRODUCCIÓ

INTRODUCCIÓ

La Qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) té uns 40 anys de desenvolupament conceptual¹.

La qualitat de vida és el benestar, felicitat, satisfacció de la persona que li permet una capacitat d'actuació o de funcionar en un moment donat de la vida. És un concepte subjectiu, propi de cada individu, que està molt influenciat per l'entorn en el que viu com la societat, la cultura, les escales de valors...

A l'hora de definir el seu contingut, molts instruments de la QVRS es basen bastant en la definició de salut de la Organització Mundial de la Salut com un estat de total benestar físic, psicològic i social², encara que una definició recent de la QVRS com "*l'avaluació subjectiva de les influències de l'estat de salut actual, les atencions sanitàries i la promoció de la salut sobre la capacitat de l'individu per aconseguir i mantenir un nivell global de funcionament que permeti seguir aquelles activitats que li són importants i que tenen un impacte sobre el seu estat general de benestar*"³. O sigui, tenir bona qualitat de vida vol dir: viure en plenitud, viure positivament l'experiència vital en unes condicions òptimes en les quals el que s'aconsegueix està d'acord amb les expectatives. Això implica satisfacció, benestar, però també és imprescindible tenir les necessitats bàsiques cobertes i unes condicions familiars i socioeconòmiques acceptables⁴.

Per tant la definició més recent de la salut de l'Organització Mundial de la Salut ofereix una visió que inclou no només la salut física, sinó també com se sent la persona, psicològicament i físicament, i com ella o ell es

maneguen amb altres persones i afronten la vida quotidiana. La percepció que un individu té del seu lloc en l'existència, en el context de la cultura i del sistema de valors en els que viu i en la relació amb els seus objectius, les seves expectatives, les seves normes, les seves inquietuds. Es tracta d'un concepte més ampli que està influenciat de manera complexa per la salut física del subjecte, el seu estat psicològic, el seu nivell d'independència, les seves relacions socials, així com la seva relació amb els elements essencials del seu entorn. La salut percebuda és utilitzada freqüentment com a sinònim de QVRS. Aquesta es descriu com un constructe multidimensional que cobreix els components de benestar físic, emocional, mental, social i de conducta percebuda pels mateixos pacients i/o d'altres individus.

El concepte de qualitat de vida en termes subjectius, sorgeix quan les necessitats primàries bàsiques s'han quedat satisfetes amb un mínim de recursos. El nivell de vida són aquelles condicions de vida que tenen una fàcil traducció quantitativa o inclòs monetària com la renda per càpita, el nivell educatiu, les condicions d'habitatge, es a dir, aspectes considerats com categories separades i sense traducció individual de les condicions de vida que reflecteixen com la salut, consum d'aliments, seguretat social, roba, temps lliure, drets humans. Pareix com si el concepte de qualitat de vida apareix quan està establert un benestar social com ocorre en els països desenvolupats.

Els problemes de salut disminueixen la qualitat de vida entesa com una percepció (subjectiva) .

La malaltia i l'atenció sanitària repercuteixen en l'esfera biopsicosocial del pacient.

Mesurar els aspectes físics, psíquics i socials afectats per la malaltia es el que permet avaluar l'impacte de la malaltia en la qualitat de vida⁴.

Els instruments de mesura de salut percebuda són una font d'informació per a la investigació relacionada amb els serveis sanitaris, mesuren l'efectivitat de les intervencions⁵.

La QVRS s'associa amb mortalitat, hospitalització i utilització de recursos sanitaris per això actualment la QVRS s'està convertint també amb un objectiu terapèutic⁶.

Actualment es una variable de resultat d'interès tant per la investigació com per la pràctica clínica. Hi ha molts estudis que mostren l'associació de manera independent de la qualitat de vida amb discapacitat, re-hospitalització, us de serveis sanitaris, i en general, despeses en salut. Diversos estudis de població general mostren que més enllà dels indicadors clínics, la auto-avaluació de la salut (salut percebuda) es un predictor de resultats de salut rellevants¹.

L'estudi NHANES I en els Estats Units del 1971-74 al 1992, en 20 anys de seguiment mostra un risc relatiu diferent de mortalitat per als homes segons la resposta a la pregunta sobre salut general (Excel·lent, Molt Bona, Bona, Regular i Dolenta). Es va observar que el nivell de salut percebuda disminueix el risc de morir en comparació amb els que van declarar tenir una salut "Dolenta". En aquest mateix estudi, les troballes per a les dones van ser menys consistents i, no van arribar a significació estadística⁷.

Actualment la QVRS s'ha convertit en una variable d'interès en sí mateixa a l'hora d'avaluar molts procediments dirigits més a mitigar els símptomes de la malaltia (malalties cròniques i degeneratives) que a erradicar-les¹.

Coses que han aconseguit les mesures de la CVRS:

- la formalització de la mesura de la intensitat dels símptomes.
- l'ampliació dels dominis de la salut avaluats, de manera especial per mig de la quantificació de la capacitat funcional i del benestar - malestar psicològic.
- l'impacte de la malaltia sobre la vida diària de l'individu¹.

Cada vegada hi ha més estudis que inclouen la QVRS com una de les mesures de resultats. Però en els estudis en les quals l'evidència es de major qualitat (assaigs clínics controlats) la seva utilització encara és incipient¹.

Encara hi ha poca evidència de la utilitat de mesurar la QVRS en la pràctica clínica. Però això més que una limitació es un estímul per investigar donada l'evidència de la seva importància.

En els assaigs clínics i la investigació de resultats en salut, l'ús d'aquest tipus de qüestionaris segueix en augment⁸. S'utilitzen en aquest context no sols per que agafen un ampli rang d'aspectes de la salut que són importants per als pacients sinó també perquè generalment s'han mostrat sensibles a canvis en l'estat de salut i, per tant, són útils per a mesurar l'eficàcia i l'efectivitat dels nous medicaments i altres tecnologies sanitàries. Poden ajudar també en la interpretació dels resultats d'un tractament ; per exemple, una reducció en la pressió arterial de 180 mmHg a 100 mmHg pot ser interessant des de la perspectiva clínica però no serà un succés important si no s'associa amb milloria en la qualitat de vida.

La interpretació dels resultats es basa amb el concepte de " mínima diferència clínicament important" i consisteix en trobar la *"mínima diferència en una puntuació en una dimensió d' interès que el pacient percep com beneficiosa i que , en absència d' efectes secundaris i/o excessiu cost econòmic, justificaria un canvi en el maneig clínic del pacient "*¹ .

La qualitat de vida te la seva màxima expressió en la qualitat de vida relacionada amb la salut. Les tres dimensions que global i integralment comprenen la qualitat de vida són:

- . Dimensió física: Es la percepció de l' estat físic o la salut, entesa com absència de malaltia, els símptomes produïts per la malaltia, i els efectes adversos del tractament. No hi ha dubte que estar sa es un element essencial per tenir una vida amb qualitat.

- . Dimensió psicològica: Es la percepció de l' individu del seu estat cognitiu i afectiu com la por, l' ansietat, la comunicació, la pèrdua d' autoestima, la incertidumbre del futur. També inclou les creences personals, espirituals i religioses com el significat de la vida i l' actitud davant el sofriment.

- . Dimensió social: Es la percepció de l' individu de les relacions interpersonals i els rols socials en la vida com la necessitat de suport familiar i social, la relació metge- pacient i l' atur laboral.

La medicina i els recursos econòmics, polítics, socials del món occidental han aconseguit augmentar l' esperança de vida donant anys a la vida.

L' objectiu de la medicina (i de la societat) a partir de les darreres dècades del segle XX és donar vida a tots i cada un dels anys, es a dir; augmentar la qualitat de vida.

L'autodeclaració o l' entrevista són les úniques formes acceptades per mesurar la qualitat de vida relacionada amb la salut ¹.

Hi ha diferents qüestionaris de mesura de qualitat de vida, uns són genèrics, es a dir, instruments dissenyats per al seu ús en un rang ampli de patologies, també en població general, i altres són específics per a determinades malalties com instruments dissenyats per a mesurar la qualitat de vida en pacients amb càncer , o en pacients amb osteoporosi, etc.

Segons dades de la biblioteca virtual BiblioPro en data 8 de març de 2007 disposa de 378 qüestionaris de qualitat de vida identificats, 26 qüestionaris de qualitat de vida disponibles i 16 qüestionaris avaluats .

Relació d' alguns qüestionaris per mesurar la qualitat de vida:

. Mesures d' Incapacitat Funcional i Detriment:

- Índex de Katz
- Mesura d' independència Funcional.
- Escala Plutchik de Valoració Geriàtrica.
- Índex d' activitat de Duke.
- Entrevista sobre el deterioro de les activitats quotidianes en pacients amb demència.

. Mesures de Benestar Psicològic i Salut Mental:

- Qüestionari de salut General.
- Índex de Benestar Psicològic.
- Hospital Anxiety and Depression Scale.
- Qüestionari d' Incapacitat de Sheehan
- Inventari d' Experiències de Dol.
- Inventari Texas Revisat de Dol.
- Qüestionari de Salut del Pacient.
- Escala de Qualitat de Vida per Depressió.
- Qüestionari Sevilla de Qualitat de Vida.
- Qüestionari d' ansietat - depressió de Goldberg

. Mesures de Salut Social:

- Qüestionari de Suport Social Funcional Duke-UNK
- Índex d' Ajust Psicosocial.
- Qüestionari de Funció Familiar Apgar-Familiar.
- Entrevista Manheim d' Apoi Social.

. Mesures de dolor:

- Qüestionari del dolor.
- Escala d' Incapacitat per Dolor Lumbar d' Oswestry.
- Escala de Dolor- Funció de la Cadera.
- Qüestionari de Dolor Cervical.

. Mesures genèriques de qualitat de vida:

- Perfil de les Conseqüències de la Malaltia.
- Perfil de Salut de Nottingham.
- Qüestionari d' Avaluació Funcional Multidimensional OARS.
- Qüestionari de Qualitat de Vida per a Ancians.
- Qüestionari de Qualitat de vida.
- El Perfil de Qualitat de Vida en Malalts Crònics.
- EuroQol-5D.
- Làmines COOP-WONCA.
- Qüestionari de Salut SF-36.
- Índex de Qualitat de Vida de Spitzer.
- Qüestionari de Qualitat de Vida Infantil AUQUEI.
- WHOQOL-100 i WHOQOL- BREF.

. Mesures de qualitat de vida relacionada amb el càncer:

- Escala de Karnofsky.
- Escala ECOG.
- Qüestionari de Qualitat de Vida de la EORTC QLQ-C30.
- Qüestionari de Qualitat de Vida per Càncer de Pulmó de la EORT QLQ-LC 13.
- Qüestionari de Qualitat de Vida per Tumors de Cap i Coll de la EORTC.
- Qüestionari Rotterdam Symptom Checklist.
- Escala de Qualitat de Vida per Nens Oncològics.
- Escala de Qualitat de Vida POQOLS per Nens amb Càncer.

. Qüestionaris sobre malalties cardiovasculars:

- Qüestionari Espanyol de Qualitat de Vida en Pacients Postinfart.
- Qüestionari de Qualitat de Vida en Hipertensión Arterial (CHAL).
- Qüestionari de Qualitat de Vida en Hipertensió Arterial (MINICHAL).
- Qüestionari de Qualitat de Vida per la Insuficiència Venosa Crònica.
- Minnesota Living With Heart Failure (qüestionari de qualitat de vida per a la insuficiència cardíaca).

. Qüestionari sobre malalties dermatològiques:

- Índex de Qualitat de Vida en Dermatologia.
- Qüestionari Dermatològic de Qualitat de Vida Skindex- 29.

. Qüestionari sobre aparell digestiu:

- Qüestionari de la Malaltia Inflamatòria Intestinal.
- Qüestionari de Qualitat de Vida per als Familiars que Viuen amb Pacients amb Malaltia Inflamatòria Intestinal.
- Qüestionari de Severitat en Dispèpsia.
- Qüestionari sobre Qualitat de Vida Associat a Dispèpsia.

. Qüestionari sobre malalties endocrines:

- Qüestionari de Qualitat de Vida en la Diabetis.
- Qüestionari de Salut per al Dèficit d' Hormona del Creixement.
- Qüestionari de Qualitat de Vida en Pacients amb Acromegàlia.

. Qüestionaris sobre VIH:

- Qüestionari MOS-HIV.
- Qüestionari MQOL-HIV.
- Qüestionari d' Avaluació de la Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut en VIH/SIDA.

. Qüestionaris sobre medicina intensiva:

- Qüestionari de Qualitat de Vida- Dependència Funcional en Medicina Intensiva.
- Qüestionari de Qualitat de Vida per pacients Cremats.

. Qüestionari sobre malalties neurològiques:

- Qüestionari de qualitat de Vida per la Malaltia de Parkinson.
- Escala de la Marxa per malaltia de Parkinson.
- Escala Intermitja de Valoració per la Malaltia de Parkinson.
- Escala de Qualitat de Vida FEGEA per a l' Adult amb Epilèpsia.
- Escala de Qualitat de Vida del Nen amb Epilèpsia.
- Qüestionari de Qualitat de Vida en Pacients amb Epilèpsia.
- Qualitat de Vida en Esclerosi Múltiple.

. Qüestionaris sobre aparell osteoarticular:

- Qüestionari QUALEFFO per a Dones amb Fractura Vertebral deguda a Osteoporosi.
- Qüestionari de Qualitat de Vida per Osteoporosi.
- Qüestionari WOMAC.
- Qüestionari d' Evaluació Funcional per Malalts Reumàtics.

- Perfil CAVIDRA.
 - Qüestionari de Qualitat de Vida en Pacients amb Osteoporosi.
- . Qüestionari sobre aparell respiratori:
- Qüestionari Respiratori Saint George.
 - Qüestionari de la Malaltia Respiratòria Crònica.
 - Qüestionari de Qualitat de Vida en l'Asma.
 - Inventari Revisat de Conductes Problemàtiques Associades a l'Asma.
 - Llistat de Símtomes de l'Asma.
 - Qüestionari de qualitat de Vida en pacients Adults amb Asma.
 - Qüestionari de Qualitat de Vida per Nens amb Asma.
- . Qüestionari en urologia:
- Qüestionari de la Malaltia Renal.
 - Qüestionari IPSS.
 - Qüestionari per l'Avaluació de la Qualitat de vida en Pacients amb Incontinència Urinària.

Altres qüestionaris:

- . Qüestionari de Qualitat de Vida dels Cuidadors Informals.
- . Escala de sobrecàrrega del Cuidador.
- . Qüestionari de Qualitat de Vida en Dones Posmenopàusiques.
- . Escala de Símtomes de l'envelliment Masculí.
- . Qüestionari de l'Impacte Funcional del Son.
- . Escala de Somnolència Epworth.

- . Qualitat de Vida com Satisfacció vital: Comunicació. Escala de comunicació de Holden, Observació, Coneixement de la realitat i Comunicació. Dotze ítems i cinc nivells.
- . Vida diària, Vida quotidiana. Test de l' Informador de Jorm i Korten.
- . Activitats: Índex de Katz, Barthel i Lawton i Inventari de recursos socials.

En l' estudi següent que volem comparar la qualitat de vida en diferents patologies utilitzarem el qüestionari genèric de QVRS SF-36.

El Qüestionari de Salut SF-36 és l' instrument genèric més utilitzat en la bibliografia internacional per mesurar la QVRS. Per interpretar els resultats hi ha valors de referència poblacionals^{9,10}.

En un estudi fet el 1996 (publicat 1998) per obtenir valors de referència poblacionals en Espanya del qüestionari de salut SF-36, les puntuacions van ser superiors (millors) per a homes i en els grups d' edat més joves¹⁰. El gradient de puntuació per edats va ser superior en la funció física i dolor corporal.

Hi ha un estudi fet fa pocs anys (2001) per obtenir valors de referència del qüestionari SF-36 en població espanyola en grups quinquenals d' edat en l' interval de 60 a 85 anys i més. Els resultats van ser similars als obtinguts en l' estudi de 1996. Els subjectes tenien puntuacions altes en les escales de rol emocional, funció social i rol físic, la mitjana de totes les escales va superar la puntuació de 50. Els valors mitjos de totes les escales van ser superiors en els homes que en les dones⁹. En estudis previs de diferents poblacions espanyoles^{10,11,12} i internacionals^{13,14,15} en persones grans les millors puntuacions s' obtenen en les escales rol emocional i funció social.

Hi ha estudis que demostren que individus de la població general que tenien una malaltia crònica de llarga evolució i aquells que fa poc que han contactat amb un metge tenien puntuacions en les diferents dimensions del qüestionari SF-36 significativament més baixes. Estudis que demostren la validesa interna i externa de la versió espanyola del qüestionari SF-36 i en els quals també s'ha determinat l'aplicabilitat d'aquest instrument en l'àmbit de la investigació psiquiàtrica¹⁶.

Altres estudis estrangers mostren la necessitat d'avaluar les millores aconseguides en els tractaments de la depressió i introdueixen el SF-36 per avaluar la qualitat de vida en aquests pacients.^{17,18,19}

En l'atenció primària les patologies cròniques que s'aborden majoritàriament són el control de hipertensió arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipèmia (DL), malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), cardiopatia isquèmica, dolor crònic, etc. La patologia crònica psiquiàtrica més prevalent a l'atenció primària és el trastorn depressiu acompanyat o no d'ansietat^{20,21}. És habitual observar com de vegades hi ha pacients amb patologia mental crònica i que manifesten desesperança difícil de canviar tot i no tenir cap patologia orgànica. Pel contrari de vegades pacients amb una malaltia orgànica important es mostren amb un gran optimisme.

Estudis previs mostren com els pacients amb depressió tenen un deterioro important de la qualitat de vida, igual o superior a qualsevol altra patologia crònica²².

Els estudis de Wells i cols^{23,24} senyalaven com la presència de símptomes depressius, produïa un deterioro de la qualitat de vida superior a altres malalties cròniques com la hipertensió, la diabetis i l'artritis. Sols la malaltia coronària afecta a la qualitat de vida de forma comparable a la depressió. D'aquí l'interès d'aquest estudi, valorar la percepció de qualitat de vida que tenen els pacients amb patologia mental crònica versus els pacients que venen a la consulta d'atenció primària per qualsevol altra patologia crònica^{25,26,27}.

Un estudi fet al 2002 a Tokyo amb l'objectiu d'explorar possibilitats d'intervencions no farmacològiques preventives de risc de malaltia vascular examinant l'associació entre estil de vida, episodis de malalties, qualitat de vida, depressió i pressió sanguínia. La presència d'episodis de malaltia s'associava de manera positiva amb depressió, la depressió tenia una correlació negativa amb la qualitat de vida, l'índex de massa corporal s'associava amb nivells més elevats de tensió arterial sistòlica i diastòlica, l'obesitat era un bon indicador de malaltia.²⁸

En altres estudis s'ha vist com pacients amb malalties cròniques tenen més patologia depressiva o ansiosa que la població general^{29,30,31,32} per això caldria fer un screening previ d'ansietat depressió en els pacients diagnosticats de patologia crònica.

A més a més hi ha estudis en HTA i DM en els quals la qualitat de vida es inferior si hi ha ansietat comòrbida, i mostren la necessitat de tractar aquesta ansietat³³.

Altres estudis de qualitat de vida mostren com les malalties cròniques que tenen depressió comorbida poden augmentar els efectes d'aquestes

malalties, els efectes de la depressió son comparables als de les malalties cròniques com artritis, DM, HTA i que la depressió i les malalties cròniques interactuen ampliant els efectes de les malalties orgàniques³⁴.

Altres estudis mostren com la depressió pot exacerbar la malaltia cardiovascular, diabetis o síndrome de colon irritable i per tant aconsellen l'escreeing de depressió per tractar-la i així millorar la seva qualitat de vida i així evitar altres malalties comorbides³⁵.

En un estudi fet a Egipte al 2005 amb una selecció de 316 pacients hipertensos, es mostrava que millor qualitat de vida es predictora de bon control de la HTA i absència de complicacions d'òrgans diana³⁶.

En un estudi fet a EEUU al 2006 amb africans americans durant 4 anys de seguiment comparant dos nivells de control de la HTA, el control intensiu de la HTA no va implicar diferències en la qualitat de vida (mesurada amb el SF 36)³⁷.

En un estudi fet a Espanya a l'agost 2006, l'exercici físic en hipertensos s'ha associat a millors nivells de qualitat de vida especialment en dones i pacients per damunt de 65 anys³⁸.

En un estudi fet al 2005 per examinar la relació entre hipertensió i qualitat de vida percebuda en pacients atesos a l'hospital per patologia clínica a Xina, es va veure que els hipertensos tenien menys qualitat de vida, i entre els subjectes tractats, aquells que tenien la hipertensió controlada tenien la qualitat de vida percebuda més alta que aquells que tenien el control de la hipertensió pitjor. Els individus hipertensos en aquest estudi representen una població vulnerable que mereix una especial atenció dels proveïdors i sistemes de salut. Això es especialment important ja que una baixa

percepció de qualitat de vida pot ser un factor de risc per posteriors esdeveniments o complicacions cardiovasculars³⁹.

En hipertensió un millor control de la pressió sanguínia té una influència positiva en la qualitat de vida percebuda (MINICHAL questionnaire) segons un estudi fet a Barcelona . Algunes variables clíniques es correlacionen negativament amb la qualitat de vida, són necessàries intervencions específiques per corregir factors modificables⁴⁰

En un estudi fet al 1996 per determinar els efectes de dos nivells de control de pressió arterial i tres fàrmacs antihipertensius utilitzats en la disminució de la taxa de filtració glomerular en americans africans amb diagnòstic clínic de nefroesclerosi hipertensiva. La qualitat de vida es va mesurar amb el qüestionari SF -36. La mitja de les puntuacions es van incrementar significativament en les dimensions funció física, rol físic, funció social i vitalitat en el grup de pressió arterial mitja normal. Les puntuacions de les vuit dimensions mesurades amb el SF-36 no van canviar significativament en el grup de baix control de la pressió arterial mitja i en cap del regim de fàrmacs. En conclusió La qualitat de vida va ser millor en el grup de pressió arterial mitja (MAP) normal. Les diferències significatives observades entre els grups de MAP i règims de fàrmacs van ser en poques dimensions de salut⁴¹.

En un estudi fet al 2000 per validar el qüestionari de qualitat de vida en HTA (HQALY) per al seu ús en Espanya i la relació entre variables clíniques i qualitat de vida , es va administrar el HQALY i el EuroQol-5D. Validació: el factor d' anàlisi va mostrar dos dimensions, l' estat mental i les manifestacions somàtiques, les quals es van correlacionar de manera estreta amb les dimensions d' ansietat/depressió i dolor/disconfort del EQ-

5D, respectivament. Les puntuacions del HQALY van ser més altes en els pacients que en els controls sense hipertensió. La hipertensió per sobre de 10 anys , afectació de més òrgans , obesitat greu i mòrbida s' han associat amb pitjor qualitat de vida. La freqüència cardíaca va tenir una correlació estreta entre les manifestacions somàtiques i mentals. En aquest estudi desenvolupat a Espanya ,el HQALY s' ha mostrat vàlid , segur i sensitiv als canvis com qüestionari específic d' hipertensió⁴².

En un estudi fet a Austràlia al 2006, la Diabetes Mellitus (DM) s' associa amb disminució de la qualitat de vida, en totes les dimensions del SF-36, excepte la salut mental, i això és més evident en estadis previs de la malaltia, particularment en relació amb l' habilitat per realitzar activitats físiques⁴³.

En un estudi fet a EEUU, Massachusetts al 2006, a 909 pacients d' atenció primària, va mostrar que els pacients amb diabetis tipus 2 amb complicacions microvasculars, insuficiència cardíaca i depressió presentaven pitjor qualitat de vida, independentment de la duració de la diabetis. Aquestes dades suggereixen que el tractament de la depressió i prevenció de les complicacions de la DM es el més important per aconseguir una bona qualitat de vida en la diabetis tipus 2⁴⁴.

En un treball fet a USA per descriure i examinar les correlacions rellevants en els qüestionaris de qualitat de vida en persones diabètiques tipus 2 amb sobrepès o obesitat. La investigació es va fer a 5145 adults amb sobrepès o obesos amb diabetis tipus 2 amb edats compreses entre 45 i 74 anys. Els qüestionaris utilitzats van ser el SF 36 i el Beck Depression Inventory (BDI)

II. Malgrat que els participants van tenir un perfil favorable de l' SF 36 i del BDI-II respecte de la línia basal , les puntuacions més baixes del component físic (PCS) van ser relatades en malaltia severa i la presència d' altres comorbiditats⁴⁵.

En un estudi fet a Bologna - Itàlia per avaluar la prevalença de desordre en la conducta alimentària en pacients amb diabetis mellitus tipus 2 i els efectes en la qualitat de vida . Els subjectes tenien un bon control de la glucèmia tractada amb dieta o antidiabètics orals. El qüestionari utilitzat va ser el SF 36. El control metabòlic, duració de la diabetis, i la presència de complicacions no s' associaven a la qualitat de vida. Una alteració en la conducta alimentària si està present en pacients amb diabetis mellitus tipus 2, s' associa amb pitjor percepció de qualitat de vida. Aquesta condició deu ser considerada per a un abordatge del control de pes⁴⁶.

Un altre estudi fet a Itàlia per avaluar els canvis de la qualitat de vida en un seguiment de 3 anys d'acord amb la presència o desenvolupament de disfunció erèctil , es van utilitzar qüestionaris per investigar la disfunció erèctil, i qualitat de vida (SF-36 i símptomes depressius) i la qualitat de la sexualitat. Els resultats van ser que els pacients que van desenvolupar disfunció erèctil (DE) durant l' estudi van presentar un deterioro en totes les dimensions del SF-36 i van mostrar un increment dels símptomes depressius precedits pel desenvolupament de la DE i un disminució de la qualitat de la vida sexual. Els que al principi ja tenien DE, mostraven una nota superior en les dimensions del SF-36 funció física, percepció de salut general i funció social. L' estudi també mostra que la qualitat de vida disminueix en 3 anys en els que tenen DE però no en aquells que no tenen aquesta condició⁴⁷.

A USA al 2002 es va fer un estudi a 2.048 pacients amb diabetis tipus 1 i 2 per avaluar la utilització de la informació dels anàlisi cost- utilitat en els serveis de salut i comparar els tractaments mèdics que tenen diferents resultats clínics i el seu impacte en la supervivència. En aquest estudi les complicacions majors de la diabetis s' associen amb pitjor qualitat de vida percebuda⁴⁸.

En un altre estudi fet a 1233 pacients diabètics tipus 2 que no utilitzaven insulina a Londres al 2001 per avaluar l' impacte de les complicacions de la diabetis en la qualitat de vida, les complicacions més prevalents van ser hipertensió (46 %), neuropatia sensitiva perifèrica (12 %), malaltia arterial coronària (8%), retinopatia (8 %) i malaltia vascular perifèrica (7%). La neuropatia sensitiva perifèrica es la que es va associar significativament amb nivells més baixos en la dimensió salut mental, la malaltia arterial coronària es va associar amb reduccions significatives de les dimensions del SF -36 rol emocional i salut mental ; i la malaltia vascular perifèrica es va associar amb puntuacions més baixes en les dimensions funció física i funció social. La conclusió igual que en l' estudi anterior va ser que la presència de complicacions de la diabetis té un impacte significatiu en la qualitat de vida. El diagnòstic i tractament ràpid es essencial per ajudar a prevenir el deterioro en la qualitat de vida d' aquestos pacients⁴⁹.

En un estudi fet a Finlàndia amb una mostra d' obesos amb diabetis tipus 2 per tal de valorar els efectes de la sibutramina comparat amb placebo en la qualitat de vida d' aquestos pacients. 114 pacients van rebre sibutramina a dosi de 15 mg al dia durant 12 mesos i 122 van rebre placebo. Es va mesurar la pèrdua de pes i la qualitat de vida. La pèrdua de pes més gran va ser en el grup tractat amb sibutramina, però aquesta pèrdua de pes no

va produir beneficis sobre placebo en la mesura de la qualitat de vida amb l'escala genèrica SF-36. Increments en els 3 primers mesos en les escales de funció física (FF) i vitalitat (V) eren predictors de pèrdua de pes als 12 mesos. El descens de la HbA1c es va associar amb molts beneficis en la qualitat de vida⁵⁰.

A Boston al 1994 es va fer un estudi per tal de valorar els efectes que la diabetis tipus 1 i 2 té en la qualitat de vida i comparar les mesures d'un test genèric i un específic de mesura de qualitat de vida en diabetis. Es van estudiar 240 pacients amb diabetis. Les dos mesures de qualitat de vida van ser Diabetes Quality of life Measure i el Sf-36. Els pacients amb diabetis tipus 2, en tractament amb insulina es van associar amb nivells més baixos de satisfacció en diabetis i un impacte més gran de la diabetis en la qualitat de vida. Aquest estudi va donar evidència de la fiabilitat i la validesa de les dos mesures de la qualitat de vida. Les dos mesures examinen la qualitat de vida des de perspectives diferents però complementàries⁵¹.

Un altre estudi fet al 2004 a Michigan, USA, va incloure a 1522 pacients diabètics. L'objectiu era estudiar la relació entre hiperglicèmia i hipoglicèmia simptomàtica, HbA1c, i símptomes en la qualitat de vida, i mirar la relació entre aquestes mesures de glucèmia i les puntuacions de qualitat de vida. La freqüència de símptomes d'hiperglicèmia es va associar en un 3% de la variància de la qualitat de vida en la DM tipus-1 i en un 5 % de la variància en la DM tipus-2. La freqüència dels símptomes d'hipoglicèmia no es van associar amb la qualitat de vida en la DM tipus-1 però si es va associar en un 1 % en la DM tipus-2. Els nivells d'HbA1c no es van associar de manera significativa amb la qualitat de vida. Després de

controlar edat, gènere i complicacions, la freqüència de símptomes d'hiperglicèmia es va associar significativament amb els nivells de qualitat de vida en la diabetis tipus-1 i tipus-2⁵².

En un altre estudi fet al 1997 a Oregon, USA, amb 2.800 pacients adults amb diabetis. L'objectiu era investigar la relació entre qualitat de vida, i característiques demogràfiques, història-mèdica, i les característiques generals associades amb ella. Els resultats van ser que els factors associats amb qualitat de vida més baixa van ser: educació inferior, ingressos més baixos, major edat, ser dona, tipus d'assegurança de salut, nombre de complicacions de la diabetis, nombre de malalties comòrbides, i nivells més baixos d'activitat física. Les conclusions van ser que caldria iniciar programes d'activitat física amb individus diabètics amb risc de baixa qualitat de vida⁵³.

Un estudi fet al 1998 a Wisconsin- Madison (USA) tenia com objectiu mesurar l'impacte que la diabetis tipus 1 i les seves complicacions associades tenia en la qualitat de vida de la població. Es va utilitzar el SF-36. Es van voler comparar les estratègies intensives respecte a les convencionals. En aquest estudi els tractaments intensius s'associen amb millor qualitat de vida que les estratègies convencionals⁵⁴.

En un estudi fet a Sweden a 814 pacients (278 diagnosticats d'angina inestable i 536 infart de miocardi), estudi d'investigació que forma part d'un estudi prospectiu de risc estratificat amb pacients que han patit un síndrome coronari agut. Als 3 mesos de l'alta van emplenar un qüestionari específic de qualitat de vida, el Cardiac Health Profile, el qual avalua la funció cognitiva, emocional, social i física. La qualitat de vida va estar

influenciada principalment per les característiques del pacient i l'història prèvia. La qualitat de vida va ser significativament superior en l'angina de pit inestable que en els pacients amb infart agut de miocardi. Els nivells més elevats de qualitat de vida es van observar en les pacients amb angina de pit inestable sense signes electrocardiogràfics de isquèmia contínua i sense elevació de marcadors de necrosi miocàrdica. Els pacients amb angina de pit inestable, especialment els de baix risc tenen una qualitat de vida més baixa després d'una hospitalització aguda que els pacients amb altres tipus de síndrome coronària aguda. Una vegada tenim exclusos els pacients amb infart de miocardi i angina de pit inestable d'alt risc, aquests pacients encara requereixen una cura i un seguiment sistemàtic ⁵⁵.

Molts estudis han demostrat que la qualitat de vida millora, per regla general després de la cirurgia de bay-pass d'artèries coronàries. Al 2006 es va fer un estudi per valorar si aquesta millora de la qualitat de vida es dona en tots els pacients operats de bay-pass, es van estudiar 182 pacients, es va utilitzar el SF-36 per mesurar la qualitat de vida i es va concloure que es incorrecte assumir que la qualitat de vida millorarà en tots els pacients. És important identificar les característiques de cada pacient i aquells símptomes postoperatoris que podrien ser el blanc per intervenir per tal de millorar els resultats de qualitat de vida⁵⁶.

En un estudi fet a USA la depressió major és un factor de risc per a desenvolupar la incidència d'esdeveniments cardíacs coronaris patològics en pacients sans i resultats cardiovasculars adversos en pacients amb malaltia cardíaca establerta. La depressió està present en 1 de cada 5

pacients amb malaltia cardíaca coronària i en 1 de cada 3 pacients amb insuficiència cardíaca congestiva, però la majoria dels casos no està reconeguda o correctament tractada. Malgrat tot, no se sap si el tractament de la depressió millora els resultats cardiovasculars, però el tractament antidepressiu amb inhibidors de la recaptació de serotonina es generalment segur, millora la depressió, i millora la qualitat de vida. Aquest article avalua la importància de la depressió major en pacients amb malaltia cardiovascular⁵⁷.

En un estudi fet a Portugal al 2005 amb 278 pacients amb síndrome coronari agut (ACS) als quals prospectivament s'avalua la qualitat de vida mitjançant el SF-36. La malaltia coronària en les seves diferents formes de presentació s'associa amb reducció en la percepció de qualitat de vida. La qualitat de vida es una important mesura de l'efectivitat del tractament; malgrat això, els predictors de qualitat de vida després de l'admissió per un síndrome coronari agut no estan completament clars. Els pacients amb millor qualitat de vida eren del sexe masculí, joves, fumadors, i els que tenien una educació de més de 12 anys. Una gran proporció de pacients amb nivells per baix de la mitja en les dimensions físiques i mentals van presentar més importants esdeveniments cardiovasculars i símptomes depressius. Una pitjor qualitat de vida la tenien els solters, hipertensos i diabètics. No havia associació entre evolució clínica o complicacions intrahospitalàries i nivells de qualitat de vida. En aquesta població d'estudi, la clínica basal i les característiques psicosocials eren els més importants predictors de qualitat de vida després d'un síndrome coronari agut. La depressió es va associar amb pitjor qualitat de vida mental. L'evolució

intrahospitalària i el tractament pareix que no afecten de manera important a la percepció de qualitat de vida dels pacients afectats⁵⁸.

En un assaig clínic controlat i randomitzat fet al Regne Unit (UK) al 2004 per tal d'analitzar l'efecte que té la unitat de dolor toràcic en l'ansietat, depressió i qualitat de vida. La meitat dels pacients eren tractats en la unitat de dolor toràcic i l'altra meitat seguia el tractament rutinari. Als 2 dies i al mes de l'assistència a l'hospital els pacients completaven els qüestionaris SF-36 i l'escala de depressió HADS. Els pacients que van ser atesos a la unitat de dolor toràcic van presentar millories en quasi totes les dimensions de la qualitat de vida i es van reduir els símptomes de depressió. Però els nivells baixos d'ansietat als dos dies no es van mantenir al mes⁵⁹.

El dolor crònic és una causa freqüent de sofriment i incapacitat que afecta de manera seriosa la qualitat de vida dels pacients i imposa un sorprenent pes socioeconòmic en la societat. En un estudi fet a USA a 436 pacients i al seu metge corresponent per avaluar el paper que tenia la dissonància entre metge i pacient (entre el que diu el pacient i el que pensa el metge) i altres factors modificables en la qualitat de vida de pacients amb dolor crònic. Mes del 50 % dels metges discrepaven amb el dolor dels seus pacients. El 39 % dels metges d'atenció primària subestimaven el dolor dels seus pacients. La dissonància es va associar amb pitjor funció física i pitjor dolor corporal. En aquest estudi els pacients amb dolor crònic no maligne tenen reduccions en les escales de funció física i dolor corporal

del SF-36 comparat amb població de la mateixa edat. L'obesitat i la depressió van representar altres factors modificables⁶⁰.

En un estudi fet a Sao Paulo ,Brasil, a un total de 120 pacients donants de sang amb hepatitis crònica pel virus hepatitis C (HCV) es va veure que tenien pitjor qualitat de vida i aquesta reducció era més marcada en les dones. Després del tractament de la hepatitis C , els pacients que van continuar positius per la presència del HCV RNA (no responedors) tenien pitjor qualitat de vida que aquells que es van tornar HCV RNA-negatius⁶¹.

Per determinar la contribució relativa de la depressió i /o ansietat en la qualitat de vida en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), els autors van examinar 179 pacients. L'anàlisi de regressió múltiple va mostrar que les dos, l'ansietat i la depressió, eren relacionades com negatives per a les puntuacions de qualitat de vida (l'ansietat amb la qualitat de vida mental i física , i la depressió amb la salut mental). Quan s'ajunta amb la MPOC, els símptomes de salut mental de l'ansietat i la depressió són alguns dels factors més importants associats amb la qualitat de vida⁶².

En un estudi fet a Washington al 2006 a 624 pacients amb fibril·lació auricular (FA) crònica es va mostrar com en els pacients amb FA crònica, la restauració i el manteniment del ritme sinusal s'associa amb milloria de les mesures de la qualitat de vida (qüestionari SF-36) i amb la realització d'exercici físic. Hi ha una forta correlació entre les mesures de qualitat de vida i la pràctica d'exercici físic⁶³.

Els trastorns músculoesquelètics son una de les causes més freqüents de deterioro de la qualitat de vida. Es va fer un estudi per avaluar l' impacte en la qualitat de vida (SF – 36) de la fibromiàlgia (FM) comparat amb l' artritis reumatoidea (AR) i subjectes control. La FM va tenir un impacte negatiu en la qualitat de vida, igual que l' AR. La salut mental va estar més afectada en els pacients amb FM que en l' AR⁶⁴.

En un estudi fet a 126 pacients a Finlàndia al 2003 per estudiar la qualitat de vida en pacients obesos abans i després del tractament amb una dieta molt baixa en calories i grups de modificació de la conducta. L' edat mitja era de 48.2 i l' índex de massa corporal de 42.8. Van completar el tractament 100 pacients i van completar el seguiment de 2 anys 67 pacients. El tractament amb una dieta molt baixa en calories i modificacions de la conducta produeix pèrdua de pes a curt termini i una millora en tots els aspectes de la qualitat de vida. 2 anys després del tractament el promig de manteniment de pèrdua de pes es modest. Malgrat això una tercera part dels pacients mantenen la pèrdua de pes en un 5 %. La millora en els problemes psicosocials i la funció física s' associa amb el manteniment de la pèrdua de pes inferior al 10 %. Els canvis en la qualitat de vida van ser deguts només en part a la pèrdua de pes, com s' esperava, altres factors, com l' efecte terapèutic de participar en un programa de pèrdua de pes i l' increment en l' activitat física, van afectar les respostes en la qualitat de vida⁶⁵.

En l' estudi fet a USA amb 91 participants per conèixer l' efecte immediat en la qualitat de vida (SF-36) post intervenció (6 mesos) i a llarg termini (12 i 24 mesos) de la pèrdua de pes en obesos, va mostrar que un

programa clínic de control de pes enfocat en canvis de la conducta aconsegueix millores en varis factors de la qualitat de vida (als 6 mesos va haver un increment en les subescales del SF- 36 funció física, salut general, vitalitat i salut mental) i al completar el programa molts d'aquestos canvis es mantenen en el temps (als 24 mesos les subescales funció física, vitalitat i salut mental es van mantenir). Mantenir una pèrdua de pes no va ser necessari per mantenir els canvis en la qualitat de vida⁶⁶.

Un estudi fet al 1994 per valorar si els nivells d' activitat física en pacients amb malalties cròniques s' associava amb la qualitat de vida va mostrar que els nivells més elevats d' exercici físic s'associa amb millor funcionament i millor qualitat de vida en els pacients amb malalties cròniques⁶⁷.

En l' estudi fet a l' agost de 2006 a Utrecht (Netherlands) amb una mostra de 98 dones , per determinar si un programa de tasques d' exercici funcional (augment de la capacitat funcional) i un programa d' exercicis de resistència (increment de la resistència muscular) tenien un efecte diferent en la qualitat de vida de dones grans. Les 98 dones es van repartir de forma randomitzada en 3 grups: programa d'exercicis de tasques funcionals (grup funcional), programa d' exercicis de resistència (grup de resistència), i grup amb activitat normal (grup control). Es va utilitzar el qüestionari de qualitat de vida SF-36. Als 3 mesos no havia canvis en la qualitat de vida en els diferents nivells d' activitat física excepte en la funció física del SF-36 en el grup de resistència comparat amb el grup control i el grup funcional. I entre els 3 i 9 mesos la funció física va baixar en el grup funcional i l' activitat física va disminuir en el grup de resistència comparat

amb el grup funcional. Les conclusions van ser que l' exercici físic va tenir un efecte limitat en la qualitat de vida de les dones més grans. Aquests resultats suggereixen que en aquests subjectes les mesures de qualitat de vida estan afectades per l' efecte de límit i canvi de resposta⁶⁸.

En un estudi fet a San Diego al 1992 per estudiar l' impacte que la salut i els comportaments saludables tenen en la qualitat de vida. Es va realitzar un anàlisi longitudinal amb 519 persones de la Navegació U.S. per tal de valorar canvis en la qualitat de vida amb canvis en l' estat de salut i comportaments saludables durant el 1er i 2n anys. Els resultats afirmen modestes però consistentes associacions entre canvis de salut i variables de salut i qualitat de vida i suggereix que millores en els comportaments saludables tenen influència en la qualitat de vida independentment de l' estat de salut d' una persona ⁶⁹.

Un altre estudi dut a terme a USA al 2005 per avaluar la qualitat de vida en diferents patologies: càncer de pulmó, DM , HTA, malaltia cardíaca o depressió. Es va utilitzar el SF -36. En aquest estudi la qualitat de vida en les supervivents de càncer de pulmó es similar que en les de les dones sanes i millor que en les dones en condicions de salut cròniques, particularment en el que respecta a la salut física⁷⁰.

Estudi prospectiu a llarg termini fet al 2006 a Washington amb 124 pacients els quals tenien una depressió resistent al tractament, van ser tractats durant dos anys i es van analitzar els resultats. Els pacients tenien una depressió major no psicòtica o malaltia bipolar en fase depressiva resistent al tractament i van rebre el tractament habitual (algunes pautes

de tractaments acordats pels pacients i pels psiquiatres, incloïen medicació, teràpia electroconvulsiva, i psicoteràpia). Malgrat l' ampli assortiment d' opcions de tractament disponible a la depressió, el percentatge de respostes, el percentatge de remissions i els resultats de qualitat de vida mostren en aquest estudi que la majoria de pacients amb un important grau de resistència al tractament continuen tenint una simptomatologia significant i incapacitat funcional quan reben el tractament habitual⁷¹.

En un estudi longitudinal fet a USA al 1997 per estudiar la relació entre qualitat de vida i els símptomes depressius en pacients amb depressió major, els resultats van ser que la reducció en la qualitat de vida que s' associa amb símptomes de depressió es comparable a l' observada en pacients amb malaltia física. La mesura de la qualitat de vida es va fer amb el qüestionari Quality of Well-Being (QWB). En l' estudi els autors apunten fa 9 anys que com una mesura de símptoma/funció genèrica la QWB podria ser utilitzada per avaluar la política de salut pública⁷²

En tots aquests estudis s' ha pogut valorar la importància que té la qualitat de vida en l' actualitat per prendre decisions i per valorar intervencions a nivell sanitari en el que respecta a malalties cròniques preval·lents com HTA, DM, ..., i salut mental.

JUSTIFICACIÓ, HIPÒTESI I OBJECTIUS

JUSTIFICACIÓ

La qualitat de vida com hem pogut veure en tots els estudis previs és un instrument important per utilitzar actualment en la pràctica mèdica per tal d'avaluar resultats, mesurar l'efectivitat de les intervencions o decidir conductes terapèutiques i està considerat un predictor de salut important. La qualitat de vida s'associa amb mortalitat, hospitalització i utilització de recursos sanitaris, per això la qualitat de vida actualment s'està convertint en un objectiu terapèutic.

Però encara hi ha pocs estudis amb evidència clara (assaigs clínics controlats) on s'inclou la qualitat de vida com una mesura de resultats. En els darrers anys estan augmentant els estudis que utilitzen instruments de qualitat de vida.

El qüestionari SF-36 és l'instrument genèric més utilitzat en la bibliografia internacional per mesurar la qualitat de vida.

Hi ha estudis a Espanya per obtenir valors de referència poblacionals del qüestionari SF-36 i les puntuacions van ser superiors en els homes i en els grups d'edat més joves.

Els individus amb malalties cròniques de llarga evolució i aquells que fa poc han contactat amb un metge tenen puntuacions inferiors de manera significativa en qualitat de vida en el qüestionari SF-36.

Hi ha estudis estrangers que mostren com els pacients amb símptomes depressius presenten un deterioro de la qualitat de vida superior a altres malalties cròniques com HTA, DM o artritis.

Altres estudis realitzats en HTA i DM mostren la necessitat de tractar l'ansietat afegida que presenten alguns pacients , ja que aquesta disminueix la qualitat de vida.

A l'atenció primària les patologies cròniques orgàniques que és tracten majoritàriament són la HTA, DM, dislipèmia, MPOC, cardiopatia isquèmica, dolor crònic. També és tracta de manera molt prevalent a l'atenció primària la malaltia mental crònica depressiva acompanyada moltes vegades d'ansietat. Aquests pacients reben tractament farmacològic per la seva patologia psiquiàtrica i malgrat aquest tractament manifesten desesperança difícil de canviar malgrat no tenir cap malaltia orgànica crònica molts d'ells.

També és pot observar com en alguns pacients amb patologia orgànica crònica, aquesta malaltia crònica presenta un difícil control quan s'afegeix patologia mental crònica.

En diferents estudis s'ha pogut observar com millor qualitat de vida és predictora de bon control de HTA. En altres millor control de la TA té influència positiva en la qualitat de vida.

En alguns estudis l'exercici físic en HTA s'associa a millor qualitat de vida. El control de la DM també es veu influenciada per la qualitat de vida segons els estudis.

En el nostre medi no hi ha estudis que relacionen la qualitat de vida en els dos tipus de malalties cròniques : orgàniques i mental i donada l'alta prevalència d'aquestes dos patologies, l'important esforç del sistema sanitari per tractar aquestes patologies de manera eficaç i efectiva, donada

la importància que té per a la salut de les persones tenir una bona qualitat de vida , per tot lo anterior es important fer aquest estudi.

HIPÒTESI

La hipòtesi de treball de l' estudi present és que els pacients amb malaltia mental crònica malgrat rebre tractament tenen pitjor qualitat de vida que els pacients afectats de qualsevol malaltia crònica.

OBJECTIUS

Valorar si hi ha diferències en la mesura de la qualitat de vida en pacients atesos a l'atenció primària afectats de qualsevol malaltia crònica orgànica: hipertensió arterial, diabetis mellitus, dislipèmia , dolor crònic i altres, comparada amb pacients amb malaltia psiquiàtrica crònica no greu, en concret trastorn psiquiàtric depressiu amb tendència a la cronicitat.

OBJECTIUS ESPECÍFICS:

- Analitzar si la puntuació mitjana de la qualitat de vida mesurada amb l'escala SF-36 (en totes les seves dimensions) és inferior en els pacients diagnosticats de malaltia psiquiàtrica crònica que en els pacients amb alguna malaltia crònica orgànica.
- Analitzar si la presència de símptomes d'ansietat/depressió valorats amb el qüestionari d'ansietat- depressió de Goldberg en el grup de patologia crònica orgànica es relaciona amb una puntuació inferior de la qualitat de vida.
- Valorar la possible influència en els puntuacions del qüestionari SF-36 de l' edat, el sexe, pràctica d' exercici físic, la intensitat de

l'activitat laboral, la situació laboral, la presència de diferents patologies orgàniques cròniques (HTA, DL, DM) i xifres de TA, colesterol, HDL- colesterol, LDL colesterol, glicèmia basal , HbA1 C, IMC.

METODOLOGIA

METODOLOGIA

1. ELECCIÓ DEL DISSENY

Estudi descriptiu transversal multicèntric.

2. POBLACIÓ D' ESTUDI

Pacients que acudeixen a visitar-se als diferents centres d'Atenció Primària (CAP) corresponents a les Àrees Bàsiques de Salut (ABS): Deltebre, Sant Carles de la Ràpita i Tortosa Est.

Criteris d'inclusió del grup de patologia orgànica no psiquiàtrica: població adulta que acudeix al CAP i que presenta alguna patologia crònica (especificada a les variables d'estudi) prenguin o no tractament farmacològic.

Criteris d'exclusió del grup de patologia orgànica no psiquiàtrica: pacients amb deteriorament cognitiu o en programa ATDOM (atenció domiciliària), pacients amb diagnòstic de patologia psiquiàtrica crònica (trastorn depressiu crònic, esquizofrènia, paranoia, trastorn obsessiu -compulsiu).

Criteris d' inclusió del grup de patologia psiquiàtrica: S'inclouran als pacients que han estat diagnosticats seguint els criteris del DSM-IV de depressió primària amb tendència a la cronicitat: trastorn depressiu major recurrent, distímia o trastorn depressiu no especificat i que en l' actualitat estan rebent tractament farmacològic per aquesta patologia.

Criteris d' exclusió del grup de patologia psiquiàtrica: pacients amb deteriorament cognitiu, pacients en programa ATDOM (atenció domiciliària), depressions secundàries a malalties o a medicaments, altres patologies

psiquiàtriques greus (esquizofrènia, paranoia, trastorn obsessiu – compulsiu). No són exclosos els pacients que també tenen una malaltia crònica orgànica

Els pacients són seleccionats segons acudeixen a visitar-se a la consulta per qualsevol motiu en visita programada i que compleixin els criteris d' inclusió en algun dels dos grups. A la història clínica es fa constar que s' ha realitzat el SF-36. Els pacients són informats de la realització de l'estudi i decideixen lliurement la seva participació.

El període de recollida de dades es des de l' 1 de maig de 2003 fins al 30 de juny 2005.

3. VARIABLES DE L'ESTUDI

Mesura de la qualitat de vida: mitjançant el qüestionari SF 36, versió validada en català o en castellà segons la preferència del pacient. L'enquesta SF 36 és un instrument genèric de mesura de qualitat de vida en adults. Es un qüestionari fàcil de respondre, pot ser autoadministrat o ser administrat per un entrevistador utilitzant el telèfon o una entrevista personal. Consta de 36 preguntes. Es basa en 8 conceptes: funció física, rol

físic, dolor corporal, salut general, vitalitat, funció social, rol emocional i salut mental.

En aquest estudi tots els pacients han utilitzat la versió validada en català del SF-36. S'ha demanat autorització per la utilització del qüestionari SF- 36 al Dr. Jordi Alonso Unitat d' Investigació en Serveis Sanitaris I.M.I.M.

Hem utilitzat l'entrevista personal per respondre al qüestionari SF 36 (imprescindible en alguns pacient d' edat avançada i també per augmentar el percentatge d' enquestes complimentades).

Definició de variables: edat, sexe, estat civil, nivell d'estudis, situació laboral, intensitat de l' activitat laboral, exercici físic (pràctica d' exercici físic durant al menys 30 minuts 2 o 3 dies per setmana), hàbits tòxics (tabac, alcohol, altres drogues), antecedents personals de patologia mental, antecedents familiars de patologia mental, consum de psicofàrmacs (si/no), diagnòstic de la malaltia psiquiàtrica, any de diagnòstic de la malaltia psiquiàtrica, control de la patologia mental (atenció primària o especialitzada), malaltia crònica (HTA, DM, dislipèmia, malaltia pulmonar obstructiva crònica -MPOC-, malaltia cardiovascular -MCV-, obesitat mòrbida, malaltia reumatològica, dolor crònic, altres malalties), si pren o no tractament per aquesta patologia crònica i any de diagnòstic d'aquesta malaltia crònica. Darrera xifra de: tensió arterial, glicèmia basal, hemoglobina A1C, colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicèrids, índex de massa corporal ($IMC = \text{pes en Kg} / \text{talla en metres}^2$).

Altres qüestionaris: Així mateix en el grup de patologia crònica orgànica (primer grup) es valorarà la presència de símptomes d'ansietat/depressió amb un qüestionari d' screening, en aquest cas s' ha utilitzat el qüestionari

d'ansietat - depressió de Goldberg amb el que si la puntuació es 5 sobre 9 per ansietat o 2 sobre 9 per depressió tenen un 50 % de possibilitats de presentar un trastorn significatiu per ansietat o depressió.

4. TAMANY DE LA MOSTRA.

En aquest treball per calcular la mostra dels dos grups (patologia crònica versus patologia mental) necessitem 147 pacients per grup per detectar diferències de mitges de 15 punts en les diferents dimensions de l'escala SF-36 assumint una desviació estàndard de 30 (segons estudis previs) amb una confiança del 95% i una potència del 80% i un percentatge de pèrdues del 20%.

5. TRACTAMENT ESTADÍSTIC

Anàlisi descriptiu, etiquetatge i depuració de les dades: Valoració dels valors atípics i extrems ('outliers'). Depuració de les dades si fos pertinent. Detecció i etiquetatge dels valors perduts i/o no aplicables. Etiquetatge de les variables i valors. Descripció de la distribució de cada una de les variables. Proves de normalitat, gràfiques de dispersió.

Es realitzarà un anàlisi comparatiu dels dos grups d'estudi per a verificar la homogeneïtat mitjançant la prova de chi Cuadrado si les variables són

categòriques o la t d'Student i/o la U de Mann-Whitney –si no compleix la condició de normalitat- en el cas de variables quantitatives.

Anàlisi comparatiu de la puntuació mitjana de cada dimensió de l'escala SF-36 segons el grup d'estudi: utilització de l' anàlisi estadístic de comparació de 2 mitges per la prova t d'Student i la U de Mann-Whitney quan no es compleix la condició de normalitat.

Per comprovar l'associació de les diverses dimensions del qüestionari SF-36 (com variables dependents) amb la presència de malaltia mental crònica o no, controlat per les possibles variables de confusió es realitzaran models de regressió lineal múltiple per a cada dimensió.

El nivell de significació estadística s' estableix al 5% bilateral.

6. LIMITACIONS DE L' ESTUDI

En aquest treball hi ha dos grups d' estudi i en el grup de malaltia mental crònica també poden haver pacients amb patologia orgànica crònica, característiques de l' altre grup, però això pot interpretar-se com un valor afegit de tal manera que si malgrat tenir patologia crònica orgànica tenen pitjor qualitat de vida es pot atribuir a la patologia mental la qual no està present en l' altre grup.

A més a més en estudis previs les malalties cròniques que també tenen ansietat o depressió com patologia comòrbida , tenen pitjor qualitat de vida i pitjor evolució^{33,34,35}.

7. APLICABILITAT I UTILITAT PRÀCTICA A L'ÀREA DE SALUT.

Aquest estudi es pot realitzar en la seva totalitat a l' atenció primària, la majoria de la mostra correspon al CAP Deltebre, Àrea Bàsica de Salut (ABS) amb un sol centre i no dependre d'altres centres facilita l' aplicabilitat.

Conèixer si hi ha diferències en la qualitat de vida dels pacients pertanyents als dos grups d' estudi: patologia mental crònica i patologia orgànica crònica que atensem a l' atenció primària ens permetrà saber si hem de tractar d' una manera més eficient, si es possible, als pacients amb patologia mental o amb patologia orgànica crònica. I si hem d' estudiar també la seva qualitat de vida per valorar l' efectivitat dels nostres tractaments.

Es un objectiu de salut disminuir la morbidimortalitat, disminuir el risc cardiovascular tractant la HTA, la DM, la dislipèmia i sabem com fer-ho per que hi ha investigació que ens diu que hem de fer i els protocols d' actuació s' actualitzen de manera continuada. Però també es un objectiu de salut obtenir bona qualitat de vida per als pacients donat que això ha demostrat que te conseqüències en la seva salut⁵. Davant un pacient mental amb una qualitat de vida molt disminuïda i que malgrat el tractament farmacològic no acaba de posar-se be, cal estudiar quines altres pautes seguir per millorar el seu benestar.

RESULTATS

1. CARACTERÍSTIQUES DE LA MOSTRA.

TABLA 1.CARACTERÍSTIQUES DE LA MOSTRA.

GRUPS D' ESTUDI	Grup 1 :patologia crònica orgànica 152 Grup 2:patologia mental crònica 148	
EDAT	Grup 1: 64 anys Grup 2: 59 anys	
SEXE	Dones : 220 (71 %)	
Estat civil	Casats: 228 (74,5 %) Vidus : 52 (17 %) Solters: 14 (4,5 %) Separats divorciats: 12 (4 %)	
Nivell estudis	Estudis primaris: 250 (82 %) Analfabets : 30 (10 %) Estudis secundaris :17 (6 %) Universitaris : 7 (2 %)	
Situació laboral	Treballen : 74 (24 %) Mestressa de casa: 106 (34,5 %) Invalidesa: 18 (6 %) Atur : 11 (4 %) Jubilat: 98 (32%)	
Activitat laboral	Sedentària: 45 (15 %) Lleugera : 82 (27 %) Moderada : 89 (30 %) Activa : 69 (23 %) Molt activa : 13 (4 %)	
Realització exercici físic	Si 158 (53 %)	
Hàbit tabàquic	No fumadors 251 (81 %) Si fumadors 25 (8 %) Ex fumadors 28 (9 %)	
Enol de risc	Si : 2 (1 %)	
Drogues	No: 309 (100 %)	
Antecedents familiars de malaltia mental	Si: 54 (24 %)	
Hipertensió arterial (HTA)	190 (63 %)	
Diabetes Mellitus	67 (22 %)	
Dislipèmia	142 (47 %)	
Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)	19 (6 %)	
Malaltia cardiovascular (MCV)	26 (9 %)	
Obesitat /obesitat mòrbida	214(70 %) / 16 (5 %)	
Malaltia reumatològica	17 (6 %)	
Dolor	60 (20 %)	
Altres malalties cròniques (hepatopatia crònica, neoplàsies)	71 (23,5 %)	

Aquestos percentatges es refereixen al total de la mostra

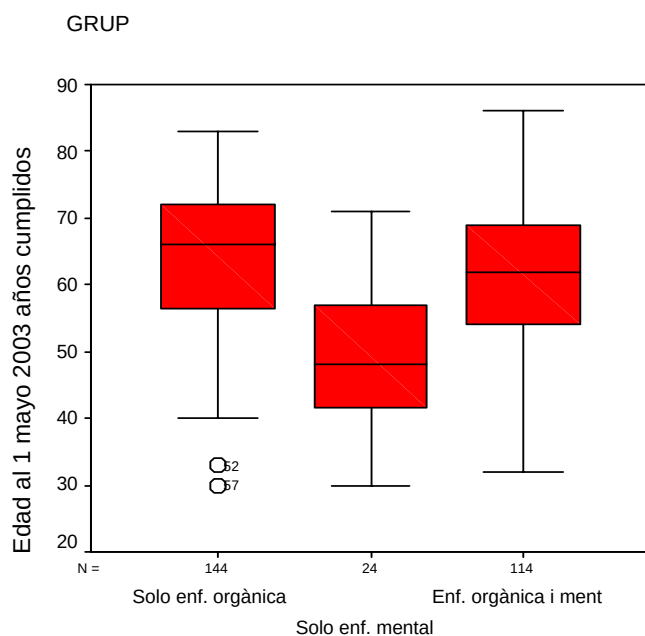
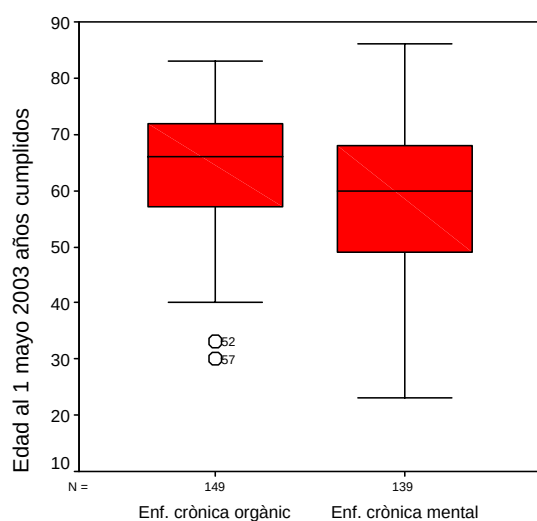
2. CARACTERÍSTIQUES DELS DOS GRUPS OBJECTE D' ESTUDI.

2.1.EDAT.

En el grup de malaltia orgànica l' edat mitja és de 64 anys i en el grup de malaltia mental és de 59 anys.

El grup que sols te malaltia mental, sense cap malaltia orgànica l' edat mitja és de 48 anys.

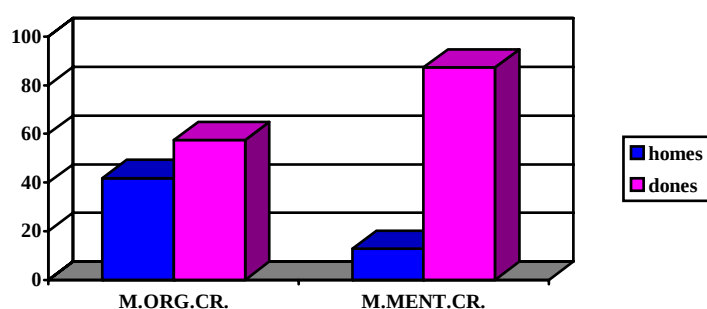
FIGURA 1 i 2. EDAT de cada grup objecte d' estudi



GRUP_ENF

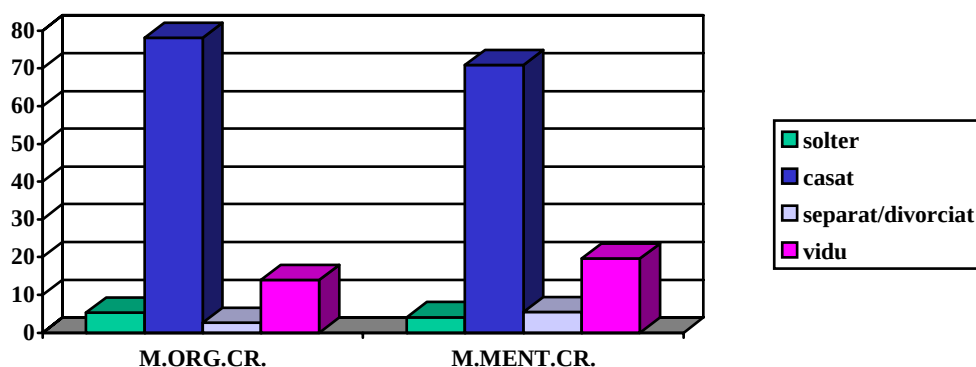
2.2.SEXE: Respecte al sexe si hi han diferències entre els dos grups. En el grup de malaltia mental crònica la majoria són dones 129 (87 %). En el grup malaltia orgànica crònica 65 (42 %) són homes i 89 (57 %) són dones.

FIGURA 3. SEXE en els 2 grups : MOC i MMC



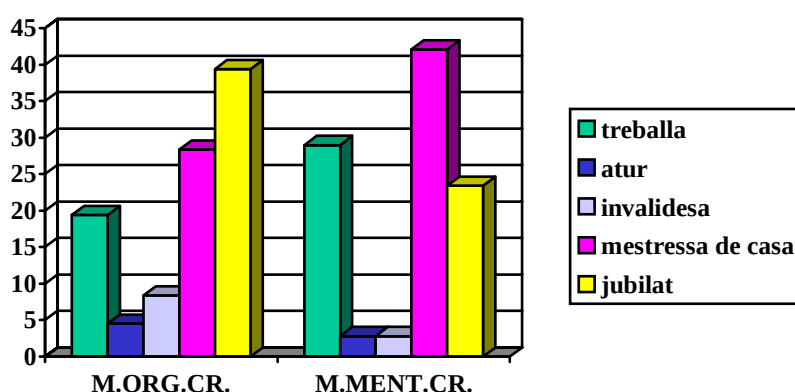
2.3.ESTAT CIVIL: No diferències entre els dos grups respecte solter, casat, separat/divorciat o vidu . El 78 % estan casats en la malaltia orgànica crònica i en l'altre grup el 71 %.

FIGURA 4. ESTAT CIVIL en els dos grups MOC i MMC



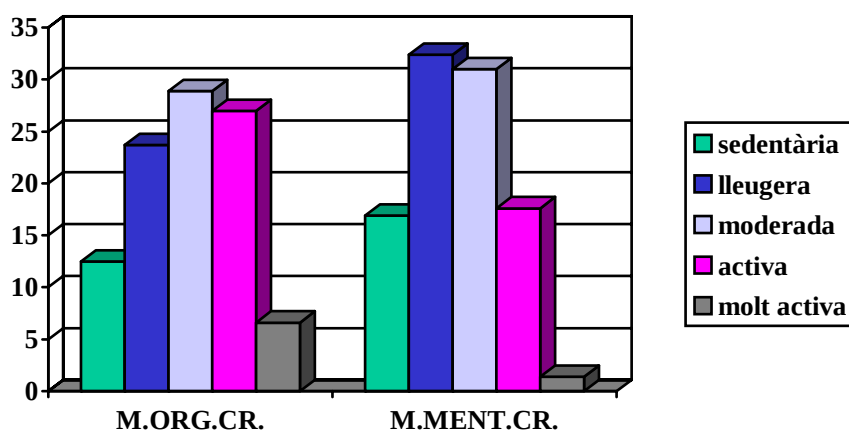
2.4.SITUACIÓ LABORAL: Hi han diferències entre els dos grups respecte a la situació laboral. En el grup de MOC hi ha més jubilats (39 versus 23 %), més invalidesa (8 versus 3 %) i més atur (4,5 versus 3 %). I en el grup de MMC hi ha més mestresses de casa (42 versus 28 %) i més gent que treballa (29 versus 19%).

FIGURA 5. SITUACIÓ LABORAL en els dos grups MOC i MMC.



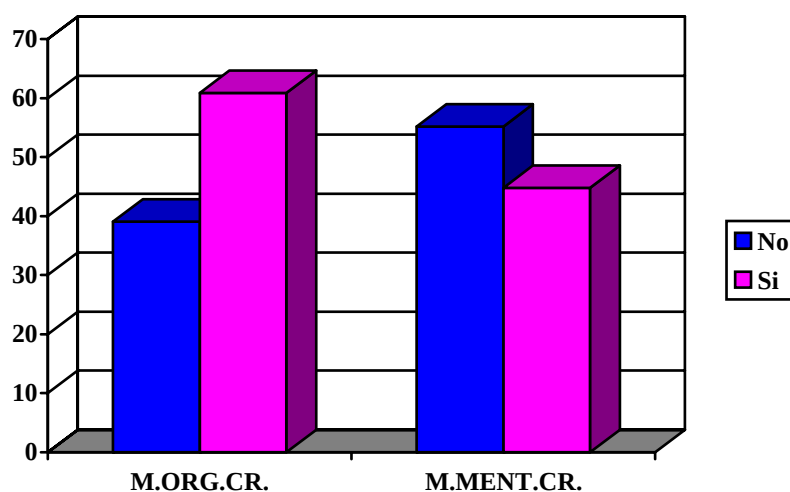
2.5. INTENSITAT DE L' ACTIVITAT LABORAL: En els dos grups MOC i MMC predomina l'activitat moderada: 29 i 31 % respectivament. El percentatge d' activitat lleugera i sedentària és superior en el grup de MMC, 32 i 17 % versus 24 i 12,5 %. El percentatge d' activitat laboral activa i molt activa és superior en el grup de la MOC, 27 i 7 % versus 18 i 1 %.

FIGURA 6. INTENSITAT DE L' ACTIVITAT LABORAL en els dos grups MOC i MMC



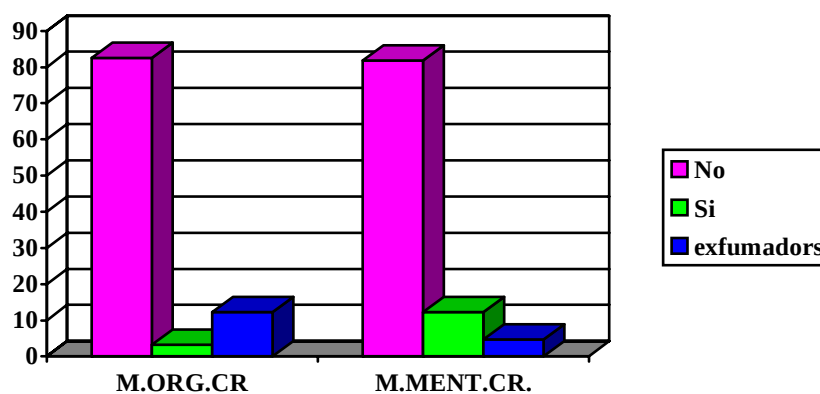
2.6. REALITZACIÓ D' EXERCICI FÍSIC : Si hi ha diferències entre els dos grups respecte a la realització exercici físic. El grup amb MOC el percentatge de realització d' exercici físic és superior (61 versus 45 %).

FIGURA 7. REALITZACIÓ EXERCICI FÍSIC en els dos grups MOC i MMC



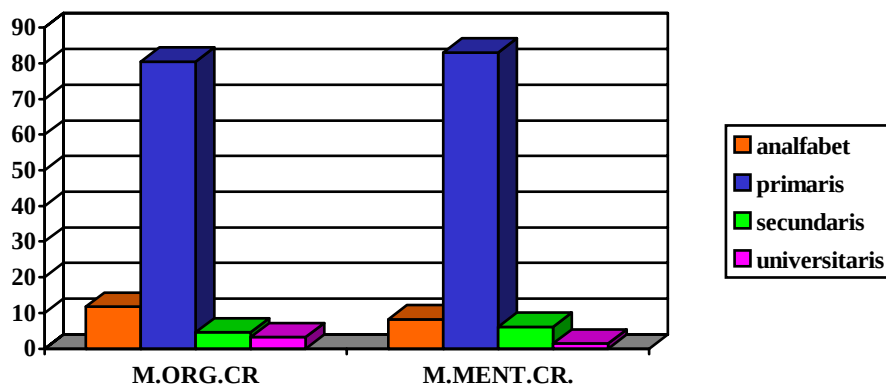
2.7. TABAQUISME: Si hi ha diferències entre els dos grups. En el grup de MOC hi ha més exfumadors (12 % versus 5 %) . I en el grup de MMC hi ha més fumadors (12 % versus 3 %).

FIGURA 8. TABAQUISME en els dos grups d' estudi MOC i MMC



2.8. NIVELL D' ESTUDIS : No diferències entre els dos grups.

FIGURA 9. NIVELL D' ESTUDIS en els dos grups MOC i MMC

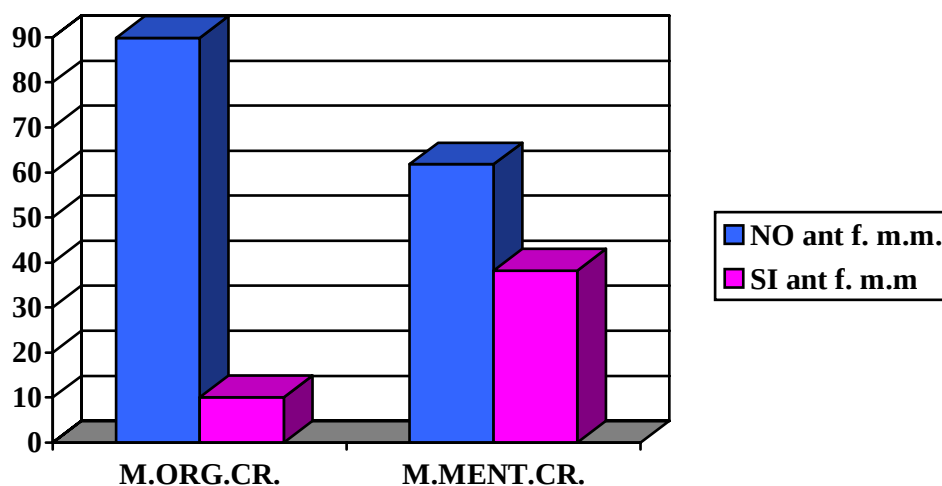


2.9. ENOL DE RISC: Sols hi ha 2 casos en malaltia crònica orgànica, no cap cas en l'altre grup.

2.10. DROGUES: No hi ha casos en els dos grups.

2. 11. ANTECEDENTS FAMILIARS DE MALALTIA MENTAL: Si hi ha diferències entre els dos grups. Te un percentatge superior d' antecedents de malaltia mental el grup de MMC (38 % versus 10 %).

FIGURA 10. ANTECEDENTS FAMILIARS DE MALALTIA MENTAL en els dos grups MOC i MMC.



3.RESULTATS SF-36.

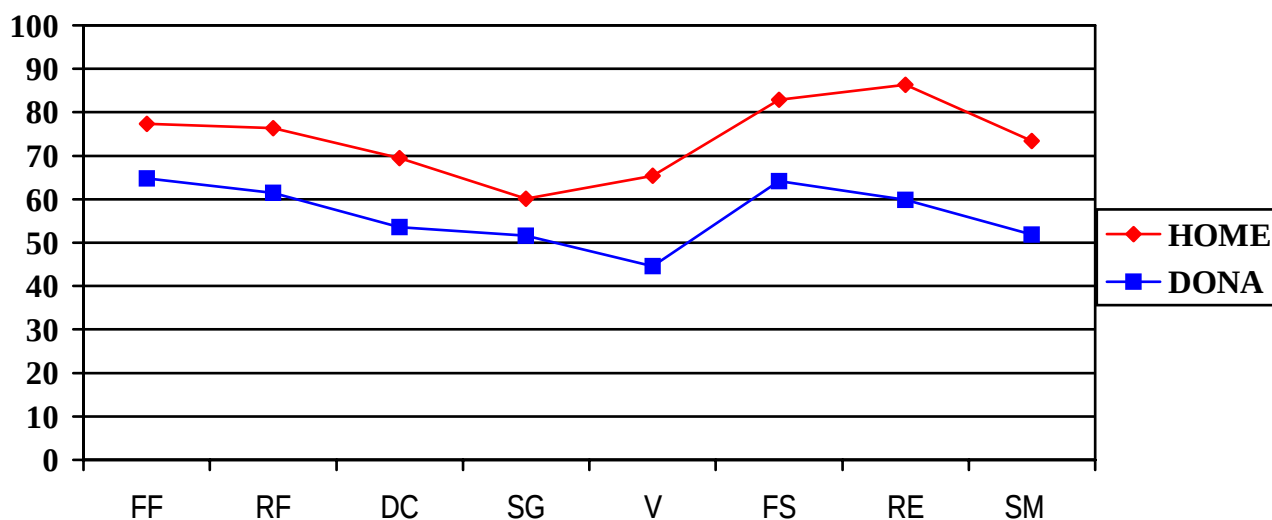
3. 1.RESULTATS SF-36 SEGONS EL SEXE.

Si diferències respecte al SF-36 I els dos sexes en totes les dimensions.
Les dones tenen menor puntuació en el SF-36 que els homes.

TABLA 2. Resultats del SF 36 segons el SEXE.

Dimensió	Home	Dona	Sig. (bilateral)	Dif de mitges	IC 95 % dif mitges
Funció física	77,36	64,73	P<0,001	12,62	6,59- 18,65
Rol físic	76,40	61,46	P<0,005	14,93	4,63- 25,23
Dolor corporal	69,43	53,55	P<0,001	15,88	8,22- 23,54
Salut general	60,12	51,65	P<0,004	8,47	2,71- 14,22
Vitalitat	65,35	44,54	P<0,001	20,80	13,58- 28,03
Funció social	82,86	64,22	P<0,001	18,64	11,34- 25,94
Rol emocional	86,36	59,86	P<0,001	26,50	17,46- 35,53
Salut mental	73,36	51,79	P<0,001	21,57	15,15- 27,98

FIGURA 11. SF -36 I SEXE.



3.2. RESULTATS SF 36 EN ELS DOS GRUPS PRINCIPALS D' ESTUDI:

En totes les dimensions del qüestionari SF 36 els pacients amb malaltia mental crònica tenen una puntuació inferior que els pacients que sols tenen malaltia crònica orgànica.

En totes les dimensions aquesta diferència és significativa excepte en la funció física

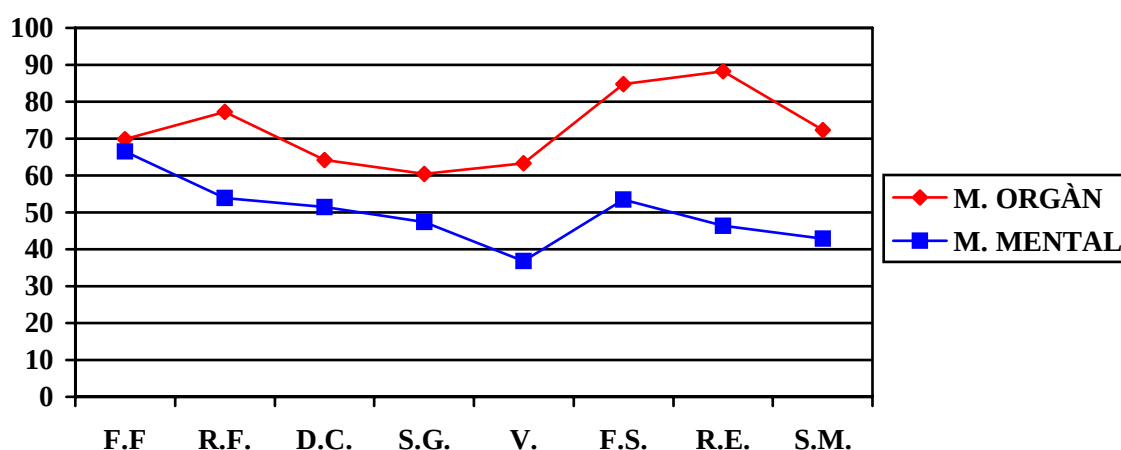
En el grup malaltia crònica mental la meitat de les dimensions es inferior a 50 (salut general, vitalitat, rol emocional i salut mental) i l'altra meitat al voltant de 50 (funció física, rol físic, dolor corporal i funció social).

En el grup malaltia crònica orgànica totes les dimensions tenen una puntuació superior a 60 , en les dimensions funció social i rol emocional la puntuació del SF-36 és superior a 80.

TABLA 3. Resultats del SF-36 EN PATOLOGIA MENTAL CRÒNICA I PATOLOGIA ORGÀNICA CRÒNICA.

Dimensió	Mal crònica orgànica	Mal crònica mental	Sig. (bilateral)	Dif de mitges	IC 95% dif mitges
Funció física	69,86	66,45		3,40	-2,66-9,48
Rol físic	77,28	53,88	P<0,001	23,40	13,84-32,95
Dolor corporal	64,23	51,50	P<0,001	12,73	5,67-19,78
Salut general	60,44	47,33	P<0,001	13,10	7,95-18,25
Vitalitat	63,31	36,83	P<0,001	26,47	20,19-32,75
Funció social	84,80	53,46	P<0,001	31,34	24,33-38,34
Rol emocional	88,23	46,37	P<0,001	41,86	33,08-50,64
Salut mental	72,31	42,87	P<0,001	29,44	23,62-35,25

FIGURA 12. SF-36 EN PATOLOGIA MENTAL CRÒNICA I ORGÀNICA CRÒNICA.



3.3. RESULTATS DE L' ESCALA D' ANSIETAT I DEPRESSIÓ DE GOLBERG.

Els resultats de l' escala d' ansietat i depressió de Golberg en el grup de patologia orgànica crònica sense diagnòstic previ de patologia mental van donar positiu per ansietat el 23 % i positiu per depressió el 31 %.

3.4. RESULTATS SF -36 I ESCALA ANSIETAT -DEPRESSIÓ DE GOLBERG .

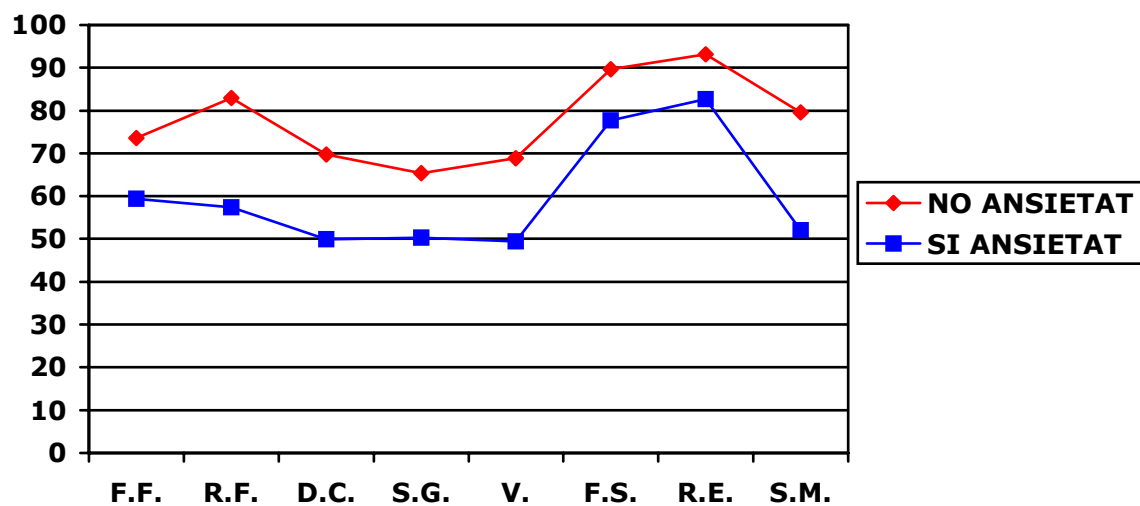
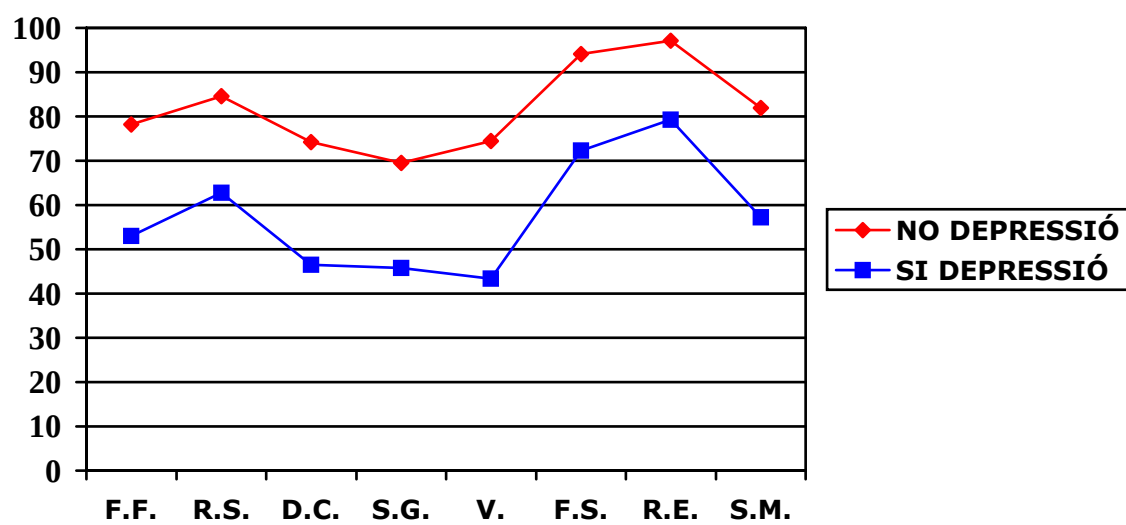
Les puntuacions en les diferents dimensions del SF 36 van ser inferiors en els pacients amb escreening positiu per ansietat (significatiu en totes les dimensions excepte en rol emocional) i depressió (significatiu en totes les dimensions).

TABLA 4. SF-36 I RESULTATS TEST GOLBERG PER ANSIETAT.

Dimensió	no ansietat	si ansietat	Sig.	dif de mitges	IC 95 % dif mitges
Funció física	73,58	59,44	0,012	14,14	2,12-25,16
Rol físic	82,88	57,40	0,008	25,47	7,01- 43,93
Dolor corporal	69,72	50,00	0,002	19,72	7,60 –31,83
Salut general	65,32	50,33	0,001	14,98	6,43 - 23,54
Vitalitat	68,87	49,44	0,001	19,43	8,38 –30,47
Funció Social	89,67	77,77	0,041	11,89	0,51 – 23,27
Rol emocional	93,11	82,71		10,39	-5,08- 25,88
Salut mental	79,52	52,00	0,001	27,52	17,17- 37,87

TABLA 5. SF-36 I RESULTATS TEST GOLBERG PER DEPRESSIÓ.

Dimensió	No depressió	si depressió	Sig.	Dif de mitges	IC 95% dif mitges
Funció física	78,14	52,97	0,001	25,17	15,99 - 34,35
Rol físic	84,56	62,83	0,01	21,73	5,24 – 38,21
Dolor corporal	74,20	46,51	0,001	27,68	16,28 – 39,09
Salut general	69,53	45,81	0,001	23,72	16,81- 30,62
Vitalitat	74,46	43,37	0,001	31,08	21,35 – 40,81
Funció social	94,13	72,29	0,001	21,83	12,09 – 31,57
Rol emocional	97,11	79,27	0,001	17,84	4,74 – 30,93
Salut mental	81,87	54,59	0,001	27,28	18,54 – 36,02

FIGURA 13. SF-36 I TEST DE GOLDBERG-ANSIETAT.**FIGURA 14.** SF-36 I TEST DE GOLDBERG- DEPRESSIÓ

3.5. RESULTATS DEL QUESTIONARI SF 36 SEGONS LA PRÀCTICA D'EXERCICI FÍSIC.

Si diferències en el SF-36 i pràctica d'exercici físic.

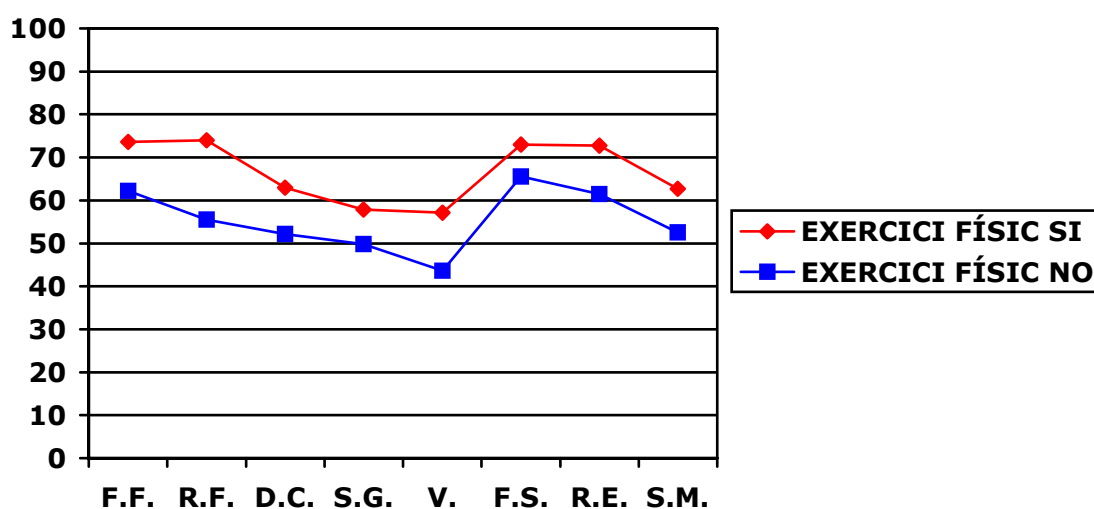
Els pacients que practiquen exercici físic de forma habitual al menys 30 minuts 2 o 3 vegades per setmana en aquest treball tenen millor puntuació del qüestionari SF-36 en totes les dimensions.

Aquests resultats són significatius en totes les dimensions excepte en funció social.

TABLA 6. SF-36 I EXERCICI FÍSIC.

Dimensió	Exercici físic no	Exerc Físic si	Sig.(bilateral)	Dif de mitges	IC 95 % dif mitges
Funció física	62,22	73,58	0,001	-11,36	-17,48- (-5,25)
Rol físic	55,49	74,03	0,001	-18,54	-28,45- (-8,63)
Dolor corporal	52,20	63,01	0,003	-10,81	-18,08- (-3,53)
Salut general	49,87	57,81	0,004	-7,93	-13,32- (-2,55)
Vitalitat	43,66	57,09	0,001	-13,42	-20,30- (-6,55)
Funció social	65,51	72,99		-7,48	-15,32- 0,36
Rol emocional	61,46	72,79	0,026	-11,33	-21,33- (-1,32)
Salut mental	52,60	62,68	0,003	-10,08	-16,72- (-3,44)

FIGURA 15. SF-36 I EXERCICI FÍSIC.



3.6. RESULTATS SF-36 SEGONS LA INTENSITAT L' ACTIVITAT LABORAL.

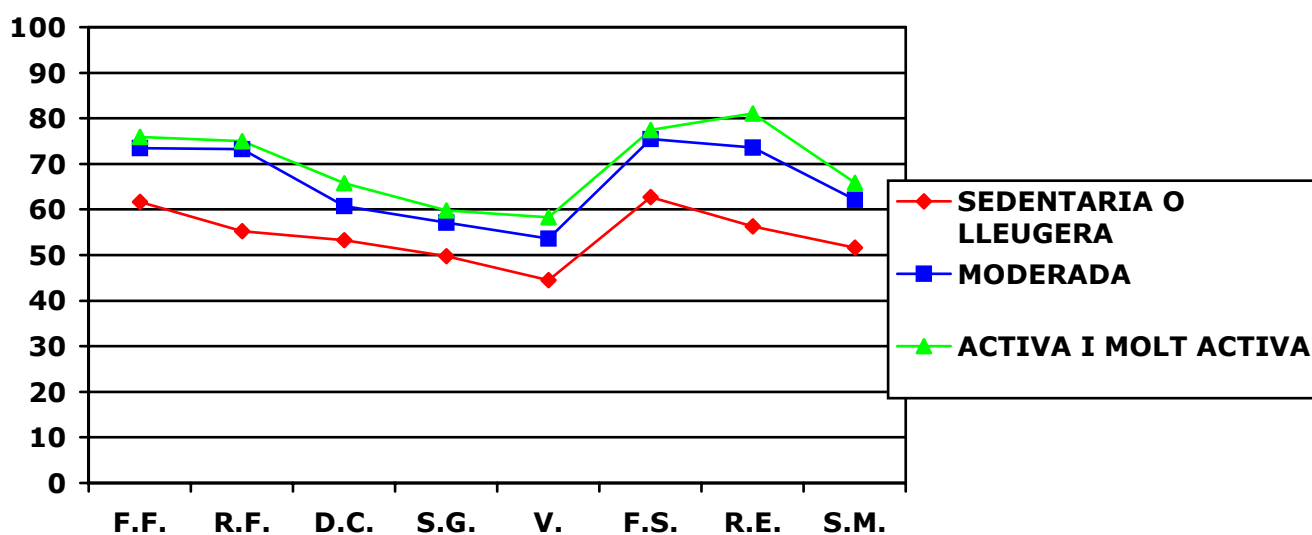
S' ha realitzat l' estudi estadístic en 3 grups: 1- activitat sedentària o lleugera, 2- moderada , 3- activa i molt activa.

Si diferències entre els 3 grups en totes les dimensions del SF-36. Els resultats del qüestionari sf-36 son millors en els que tenen una activitat laboral moderada i activa i molt activa.

TABLA 8. SF-36 I INTENSITAT ACTIVITAT LABORAL.

Dimensió	Sedentària o lleugera	Moderada	Activa i molt activa	Sig.
Funció física	61,74	73,52	75,93	0,001
Rol físic	55,20	73,29	75,00	0,001
Dolor corporal	53,28	60,72	65,79	0,016
Salut general	49,80	57,07	59,84	0,005
Vitalitat	44,56	53,61	58,29	0,004
Funció social	62,70	75,42	77,43	0,002
Rol emocional	56,26	73,56	81,09	0,001
Salut mental	51,63	62,13	65,92	0,001

FIGURA 16. SF-36 I INTENSITAT ACTIVITAT LABORAL.



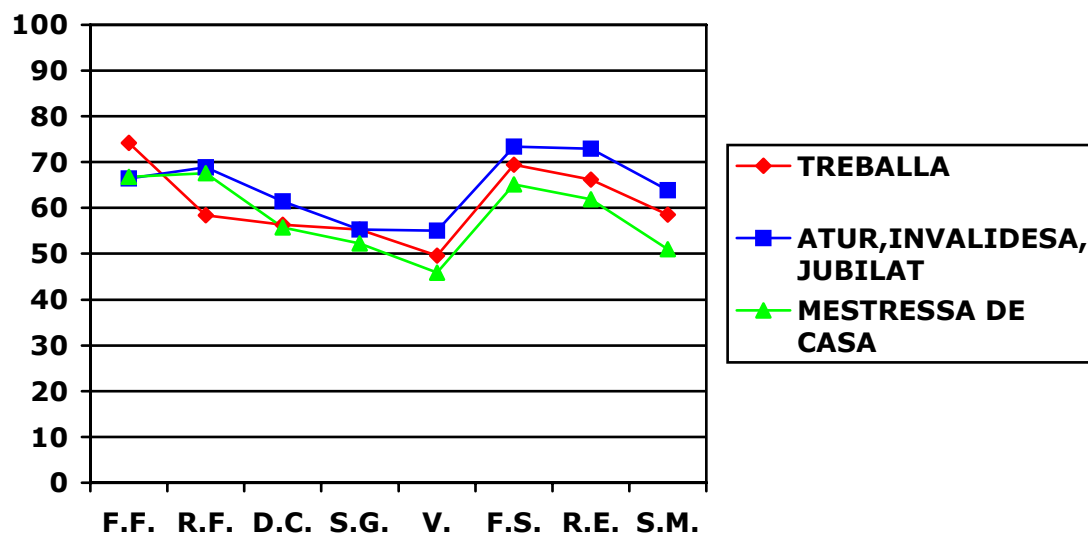
3.7. RESULTATS SF-36 SEGONS L'ACTIVITAT LABORAL.

Estudi estadístic dels tres grups: 1- treballa, 2- atur, invalidesa i jubilat; 3- mestressa de casa. Sols diferències entre els 3 grups en la dimensió salut mental del SF- 36 .Tenen pitjor puntuació les mestresses de casa , seguit dels que treballen.

TABLA 8. SF 36 I TIPUS ACTIVITAT LABORAL.

Dimensió	Treballa	Atur, invalidesa, jubilat	Mestressa de casa	Sig.
Funció física	74,18	66,41	66,77	
Rol físic	58,44	68,84	67,61	
Dolor corporal	56,37	61,44	55,72	
Salut general	55,27	55,34	52,21	
Vitalitat	49,59	55,02	45,85	
Funció social	69,42	73,41	65,11	
Rol emocional	66,21	72,93	61,90	
Salut mental	58,48	63,87	51,02	0,004

FIGURA 17. SF 36 I TIPUS ACTIVITAT LABORAL



3.8. RESULTATS SF-36 EN LES DIFERENTS PATOLOGIES CRÒNIQUES: HTA, DISLIPÈMIA I DIABETES MELLITUS.

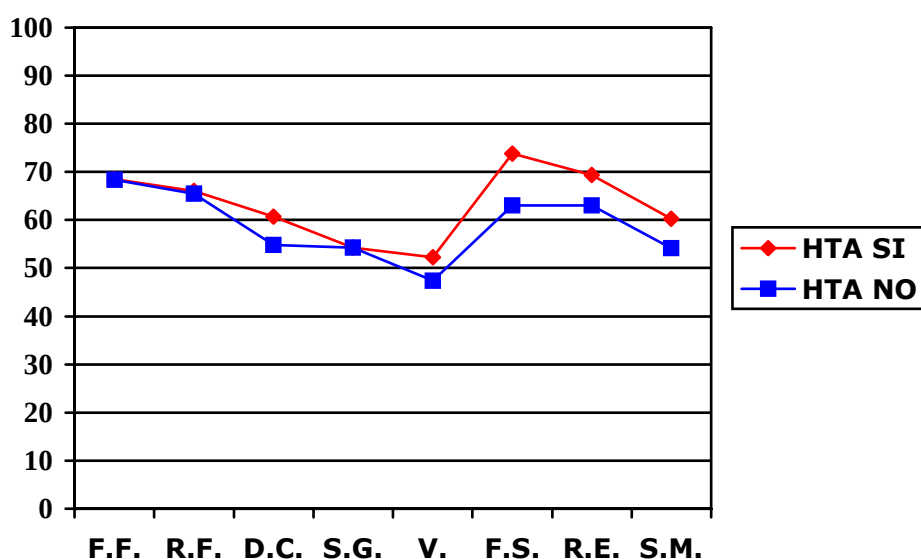
3.8.1. RESULTATS SF- 36 I HTA.

No es van trobar diferències. Les puntuacions en totes les dimensions del SF 36 van ser similars en els hipertensos i no hipertensos.

TABLA 9. SF- 36 I HTA.

Dimensió	HTA	No HTA	Sig.	Dif. Mitges	IC 95%
Funció física	68,53	68,42		-0,10	-6,37- 6,16
Rol físic	66,04	65,48		-0,55	-10,79 - 9,68
Dolor corporal	60,71	54,82		-5,89	-13,31- 1,53
Salut general	54,25	54,30		0,05	-5,55- 5,66
Vitalitat	52,25	47,40		-4,85	-12,07 - 2,37
Funció social	73,79	63,05		-10,74	-18,65- (-2,83)
Rol emocional	69,42	63,09		-6,33	-16,62 - 3,95
Salut mental	60,22	54,21		-6,33	-12,95 - 0,92

FIGURA 18. SF-36 I HTA.



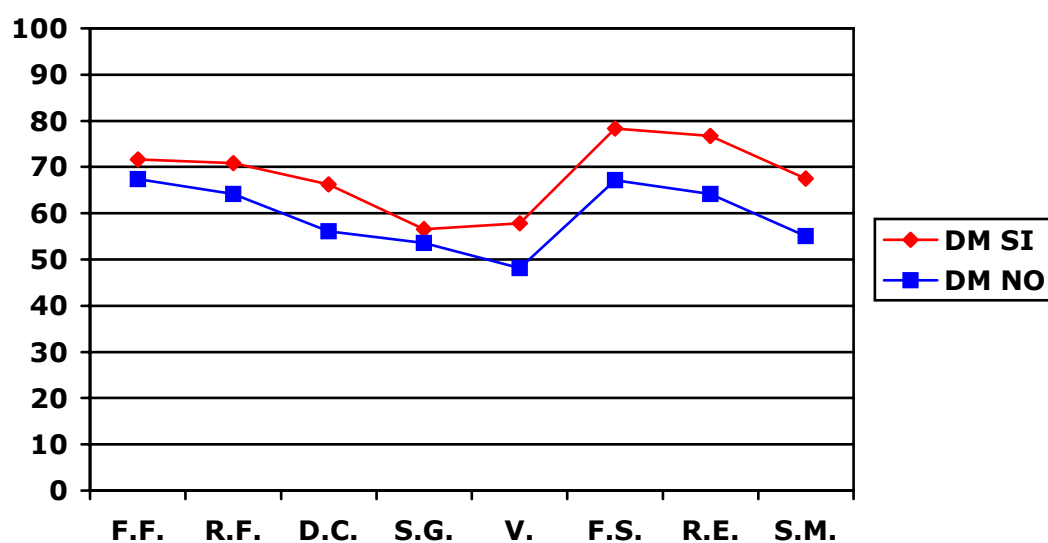
3.8.2. RESULTATS SF- 36 I DM.

Els diabètics han presentat puntuacions superiors del SF 36 en les dimensions: dolor corporal, vitalitat, funció social, rol emocional i salut mental.

TABLA 10. SF- 36 I DM.

Dimensió	DM	No DM	Sig.	Dif. mitges	IC 95%
Funció física	71,67	67,45		-4,22	-11,5-3,08
Rol físic	70,89	64,22		-6,67	-18,1-4,79
Dolor corporal	66,21	56,09	0,02	-10,12	-18,7- (-1,49)
Salut general	56,6	53,58		-3,01	-9,6-3,56
Vitalitat	57,86	48,15	0,02	-9,7	-18,0- (-1,33)
Funció social	78,35	67,13	0,009	-11	-19,6- (-2,83)
Rol emocional	76,76	64,15	0,03	-12,61	-24,0- (-1,17)
Salut mental	67,52	55,07	0,002	-12,44	-20,4- (-4,47)

FIGURA 19. SF –36 I DM



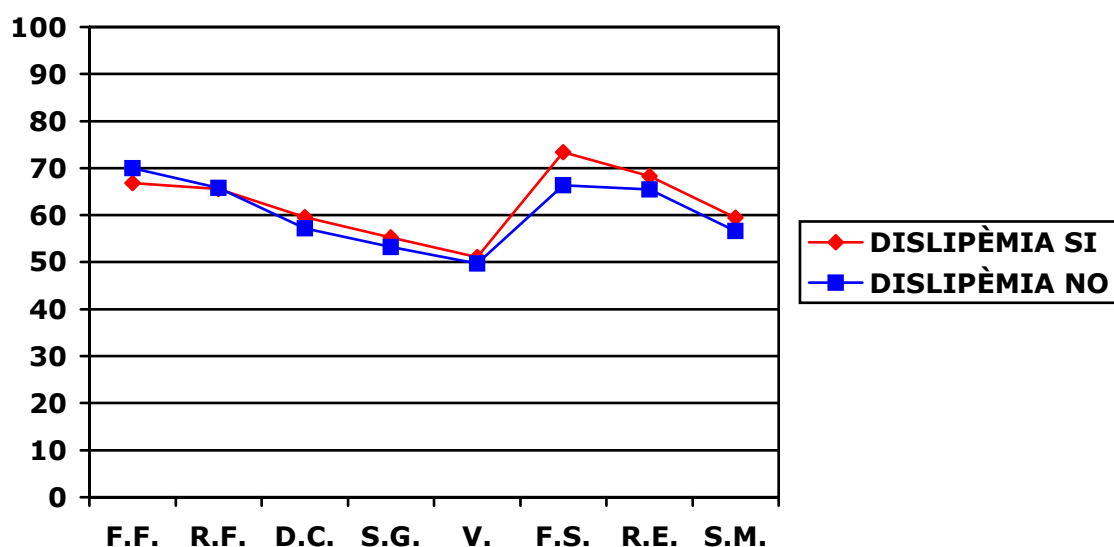
3.8.3. RESULTATS SF - 36 I DISLIPÈMIA.

No s'han trobat diferències del SF -36 entre els dislipèmics i els no dislipèmics.

TABLA 11. RESULTATS SF- 36 I DISLIPÈMIA.

Dimensió	DL	No DL	Sig	Dif. Mitges	IC 95%
Funció física	66,85	69,95	0,32	3,09	-3- 9,20
Rol físic	65,60	65,76	0,97	0,16	-9,8- 10,15
Dolor corporal	59,57	57,21	0,52	-2,35	-9,62- 4,9
Salut general	55,28	53,28	0,47	-1,99	-7,44- 3,44
Vitalitat	51,13	49,67	0,68	-1,46	-8,5-5,6
Funció social	73,40	66,40	0,07	-7,00	-14,7-0,77
Rol emocional	68,32	65,49	0,57	-2,83	-12,9-7,2
Salut mental	59,45	56,64	0,41	-2,80	-9,6-3,99

FIGURA 20. SF -36 I DISLIPÈMIA.



3.9. RESULTATS SF -36 I XIFRES DE TA, CT, LDL-COLEST, HB A1 C i IMC

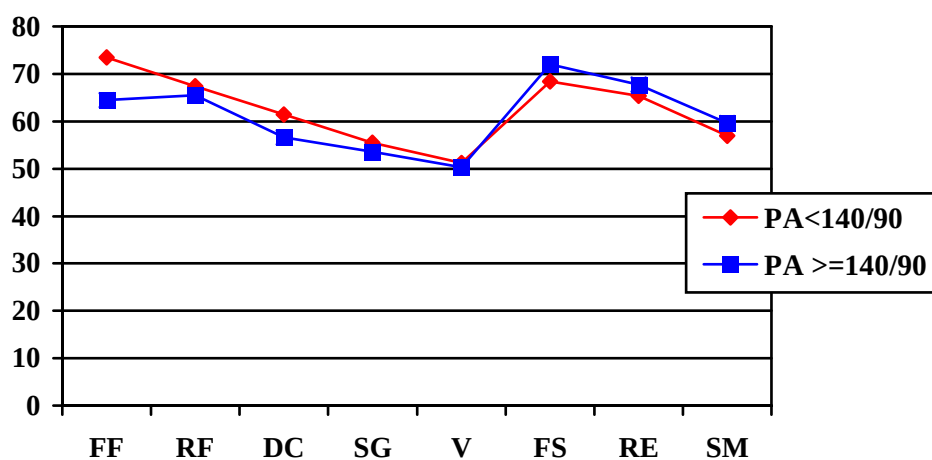
3.9.1. RESULTATS SF-36 I XIFRES DE TA.

En aquest estudi tenir un bon control de TA amb xifres per sota de 140/90 s'associa a millors puntuacions en el qüestionari SF- 36 en la dimensió funció física, rol físic, dolor corporal, salut general i vitalitat (però sols significatiu en la dimensió FF). Xifres de TA superior o igual a 140/90 s'associa a millor puntuació en l' escala funció social.

TABLA. 12. SF- 36 I XIFRES TA.

Dimensió	TA < 140/90	TA >=140/90	Sig	Dif. Mitges	IC 95%
Funció física	73.45	64,49	0,008	8,955	2,61- 15,29
Rol físic	67.38	65,44		1,94	-8,59- 12,47
Dolor corporal	61,39	56,56		4,83	-2,74- 12,42
Salut general	55,47	53,55		1,92	-3,81-7,66
Vitalitat	51,25	50,33		0,91	-6,48- 8,31
Funció social	68,45	71,96	0,029	-3,509	-11,81- 4,79
Rol emocional	65,36	67,76		-2,4	-13,13- 8,32
Salut mental	56,96	59,69		-2, 72	-9,89- 4,44

FIGURA 21. SF- 36 I XIFRES TA .



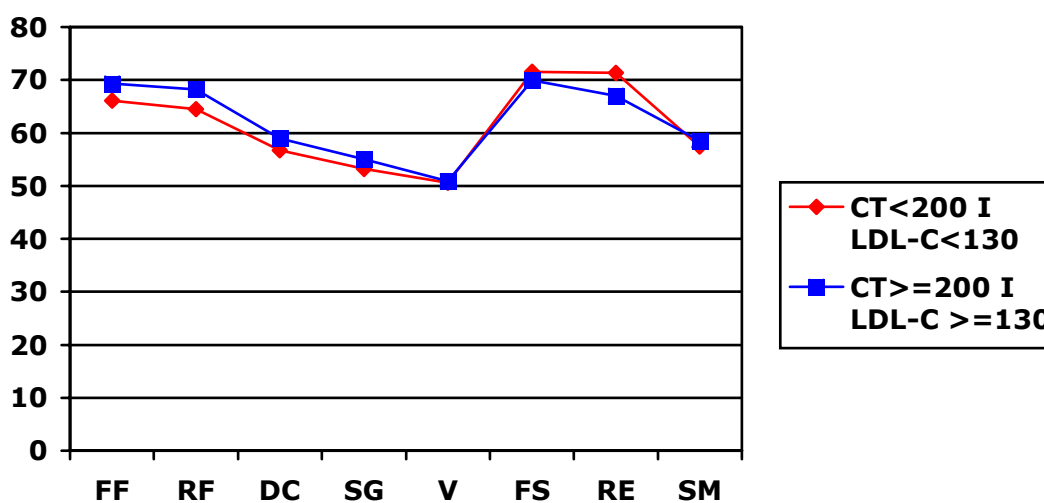
3.9.2. SF- 36 I XIFRES DE COLESTEROL TOTAL , LDL-COLESTEROL.

No hi ha diferències entre el grau de control de la dislipèmia i el resultat del qüestionari SF -36 .

TABLA 13. SF-36 I XIFRES DE COLESTEROL.

Dimensió	CT<200 I LDL-c<130	CT>=200 I LDL-C >=130	Sig	Dif. Mitges	IC 95%
Funció física	66,13	69,27		-3,13	1,97-5,70
Rol físic	64,53	68,20		-3,66	7,82-0,48
Dolor corporal	56,76	58,94		-2,18	2,49-8,13
Salut general	53,18	54,98		-1,8	9,55- 5,95
Vitalitat	50,58	50,92		-0,34	0,34- 9,64
Funció social	71,51	69,93		1,58	9,67- 2,83
Rol emocional	71,31	67,05		4,26	0,08-8,61
Salut mental	57,39	58,57		-1,18	0,93-8,57

FIGURA 22. SF- 36 I XIFRES DE COLESTEROL.



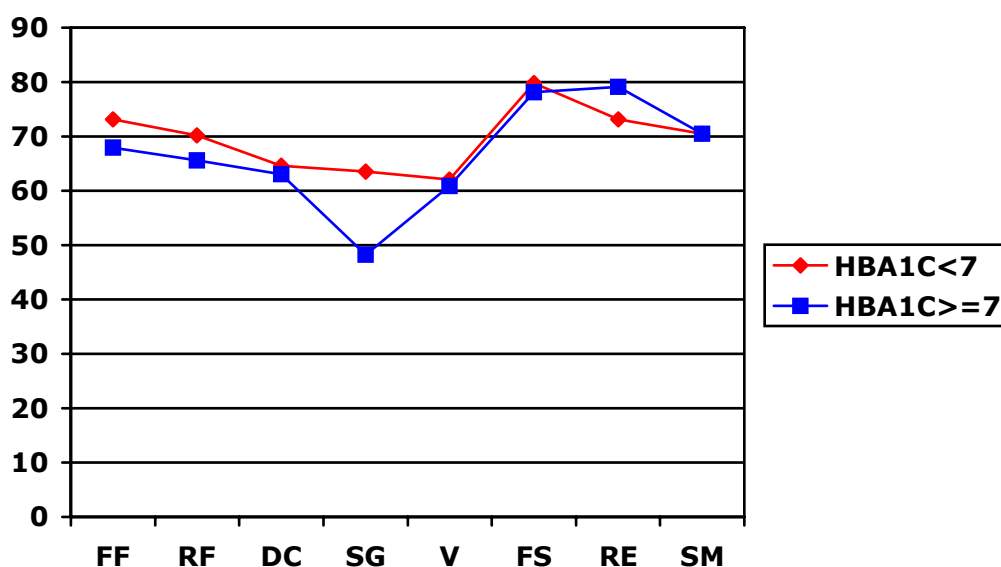
3.9.3. SF- 36 I XIFRES HB A1C.

En quasi totes les dimensions del SF-36, el bon control de la DM, segons la xifra d' HBA1c inferior a 7, s' associa a millors puntuacions del SF 36 excepte en rol emocional i salut mental, però sols en la dimensió dolor corporal aquestes diferències han estat significatives.

TABLA 14. SF- 36 I HBA 1 C

Dimensió	HBA1 C<7	HBA1C>=7	Sig	Dif. Mitges	IC 95%
Funció física	73,11	67,96		5,14	12,51- 22,79
Rol físic	70,16	65,62		4,53	22,26-31,34
Dolor corporal	64,61	63,00	0,03	1,61	18,94-22,16
Salut general	63,55	48,28		15,27	0,14-30,40
Vitalitat	62,09	60,93		1,15	18,57-20,89
Funció social	79,83	78,12		1,71	16,92- 20,35
Rol emocional	73,11	79,16		-6,04	32,29- 20,19
Salut mental	70,45	70,50		-0,04	16,89- 16,80

FIGURA 23. SF- 36 I HBA1C.



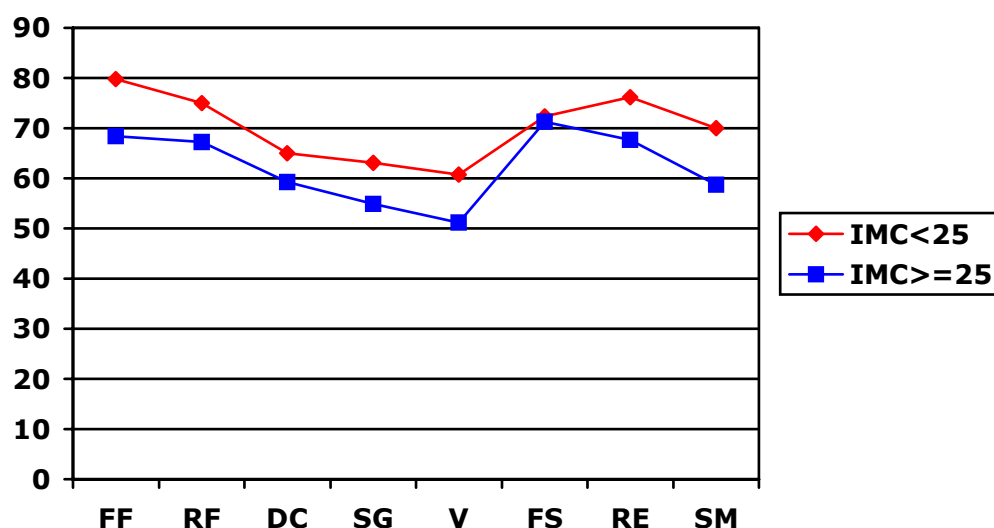
3.9.4. SF-36 I OBESITAT.

En aquest estudi els pacients amb obesitat (IMC ≥ 25), tenen puntuacions inferiors en totes les dimensions del qüestionari SF-36, però sols és significatiu aquest resultat en les dimensions vitalitat i salut mental.

TABLA 15. SF- 36 I IMC.

Dimensió	IMC<25	IMC $\geq$ 25	Sig	Dif. Mitges	IC 95%
Funció física	79,82	68,36		11,45	-2,9- 25,83
Rol físic	75,00	67,24		7,75	-15,64- 31,15
Dolor corporal	65,00	59,27		5,72	-11,28- 22,73
Salut general	63,07	54,91		8,15	-4,40- 20,71
Vitalitat	60,71	23,02	0,04	9,48	-4,26- 23,23
Funció social	72,32	71,29		1,02	-17,10- 19,15
Rol emocional	76,19	67,66		8,52	-15,04-32,08
Salut mental	70,00	58,71	0,01	11,28	-0,93-23,51

FIGURA 26. resultats SF –36 I obesitat (IMC).



3.10. RESULTATS SF- 36 I EDAT.

A més edat menor puntuació en la dimensió funció física del SF -36. En la tabla es pot veure com el coeficient β es negatiu en la dimensió funció física, això indica que la correlació es inversa i a més edat menys puntuació en la dimensió física. En les altres tres dimensions del SF 36 el coeficient β és positiu i això indica que la correlació es positiva, o sigui, a més edat millor puntuació de les altres dimensions del SF -36 però aquest resultat sols és significatiu en la dimensió salut mental.

TABLA 16. SF- 36 I EDAT.

SF 36	B	P
FUNCIÓ FÍSICA	-0,577	< 0,001
ROL FÍSIC	0,364	
DOLOR CORPORAL	0,082	
SALUT GENERAL	0,048	
VITALITAT	0,206	
FUNCIÓ SOCIAL	0,322	
ROL EMOCIONAL	0,425	
SALUT MENTAL	0,341	< 0,022

DISCUSIÓ

DISCUSIÓ

En el nostre treball s'ha constatat la hipòtesi d'estudi: els pacients amb malaltia mental crònica tenen pitjor qualitat de vida que els pacients amb malaltia orgànica crònica, aquesta diferència ha estat present en totes les dimensions del qüestionari SF-36 excepte en la funció física. Aquest resultat està en concordança amb la literatura prèvia^{22,23,24}.

Cal tenir en compte que en el nostre estudi la població difereix de la població d'estudis realitzats per obtenir valors de referència poblacionals del SF-36, ja que la població del nostre estudi són pacients amb patologia crònica mental o orgànica. Els resultats del SF-36 en els pacients amb malaltia orgànica crònica són comparables amb els valors de referència poblacionals^{9,10}.

Les puntuacions del SF-36 han estat inferiors en els pacients amb malaltia psiquiàtrica crònica. Les puntuacions en les diferents escales del SF-36 en el grup de malaltia mental crònica han estat de valors compresos entre 66 i 37 (FF 66, RF 54, DC 51,5, SG 47, V 37, FS 53, RE 46, SM 43) i en el grup de malaltia orgànica crònica entre 88 i 60 (FF 70, RF 77, DC 64, SG 60, V 63, FS 85, RE 88, SM 72). Si comparem aquests resultats obtinguts amb estudis previs, amb valors de referència poblacionals, on la mitjana de totes les escales va superar la puntuació de 50, els pacients amb malaltia mental tenen disminuïda la qualitat de vida en les dimensions salut general, vitalitat, rol emocional i salut mental respecte a la resta de població de referència. Els resultats del SF-36 en el grup de malaltia orgànica crònica són comparables als resultats d'estudis previs en quasi totes les

dimensions: puntuacions superiors en rol emocional i funció social (superior a 80), puntuacions inferiors en salut general i vitalitat (puntuació entre 60-70). En el nostre estudi la funció física (69,86) està descendida si és compara amb els valors de referència poblacionals obtinguts en estudis previs (superior a 80) ^{9,10}.

Els resultats del SF-36 en el nostre estudi han estat inferiors per les dones igual que en estudis previs per obtenir valors de referència poblacionals^{9,10}.

Igual que en estudis previs en el nostre estudi la pràctica d' exercici físic realitzat de forma habitual en pacients amb malalties cròniques s' associa a millor qualitat de vida ^{38,53,63,67}.

Els resultats del SF-36 en relació a la variable edat no és comparable amb els resultats d' estudis previs per obtenir valors de referència poblacionals , en el nostre estudi els pacients amb més edat tenen pitjor puntuació en l' escala funció física i millor puntuació en la resta d' escales però sols va ser significativa en l' escala salut mental. Al contrari, en estudis previs, totes les puntuacions van ser millors en els grups d' edat més joves, tant per als homes com per les dones, principalment en les dimensions funció física y dolor corporal (principalment en les dones), i va ser menys evident en les dimensions rol emocional i salut mental. O sigui sols coincideix el nostre treball amb treballs previs en la funció física, la qual té puntuació més alta en la població més jove. Cal tenir en compte que la població del nostre estudi com diem a l' inici no és comparable amb els estudis per obtenir

valors de referència poblacionals, el criteri de selecció en el nostre treball és població amb patologia crònica orgànica o mental ^{9,10}.

En el nostre estudi igual que en estudis previs, els pacients amb malaltia crònica orgànica que tenen cribratge positiu per ansietat i depressió tenen puntuacions inferiors en qualitat de vida^{35,57}.

En el nostre estudi no s'ha vist el que mostren en altres estudis de qualitat de vida en HTA ^{39,42} i DM ^{43,44,45,46,47,48,49,51}, els quals mostren que els pacients amb HTA o DM tenen pitjor qualitat de vida. Els hipertensos del nostre estudi no hi ha diferència respecte a la resta de pacients. I els diabètics del nostre estudi tenen una qualitat de vida millor a la resta de pacients en 5 de les 8 escales del SF-36: dolor corporal, vitalitat, funció social, rol emocional i salut mental. Cal tenir present que la població del nostre estudi no es compara amb població normal, sense patologia, tots tenen alguna patologia crònica mental o orgànica.

En estudis previs on s'estudia la qualitat de vida en HTA mostren com millor qualitat de vida és predictora de bon control de la HTA^{40,41}, en el nostre estudi sols ha estat així en la dimensió funció física, pel contrari en la dimensió funció social pitjor control de la HTA s'associa a millor puntuació en aquesta escala.

En estudis previs el descens de la HbA1c s'associa amb millor qualitat de vida ^{52,54}, en el nostre estudi sols en 1 escala del SF-36 (dolor corporal) s'ha vist aquest resultat.

En estudis previs la disminució de pes s'associa amb millor qualitat de vida^{65,66}, i l'obesitat s'associa amb pitjor qualitat de vida. En el nostre

estudi els pacients obesos tenen pitjor puntuació sols en les escales vitalitat i salut mental del SF-36. Però com hem dit abans el nostre estudi no compara la qualitat de vida amb població normal, sinó que tota la població té alguna patologia crònica.

Es un objectiu de salut disminuir la morbimortalitat, disminuir el risc cardiovascular tractant la HTA, la DM, la dislipèmia i la obesitat, i sabem com fer-ho per que hi ha evidència científica que ens indica com s'ha de fer i quins protocols d'actuació s'han d'utilitzar. Però també es un objectiu de salut obtenir bona qualitat de vida per als pacients perquè com dèiem a l'inici de l'estudi aquesta qualitat de vida es relaciona també amb resultats de salut positius^{6,7}.

Seria interessant valorar en estudis posteriors com abordem i com poder abordar millor des de l'atenció primària la patologia mental (prevenció i tractament), si tant important és la disminució de la qualitat de vida quan aquesta patologia mental està present.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

1. Els resultats del qüestionari genèric de Qualitat de Vida SF -36 són pitjors en el grup de malaltia mental crònica i aquesta diferència ha estat significativa en totes les dimensions del qüestionari SF-36 excepte en la dimensió funció física.
2. Les puntuacions en les diferents escales del SF-36 en el grup de malaltia mental crònica han estat en valors compresos entre 66 i 37 (FF 66, RF 54, DC 51,5, SG 47, V 37, FS 53, RE 46, SM 43) i en el grup de malaltia orgànica crònica entre 88 i 60 (FF 70, RF 77, DC 64, SG 60, V 63, FS 85, RE 88, SM 72).
3. Els pacients amb malaltia crònica orgànica que tenen cribratge positiu per ansietat i depressió tenen puntuacions inferiors en la qualitat de vida .
4. La qualitat de vida percebuda és superior en els pacients que practiquen exercici físic.
5. S' objectiva pitjor qualitat de vida en les dones, especialment les mestresses de casa.
6. Els pacients amb més edat tenen pitjor puntuació en l' escala funció física.

7. Bon control de la TA s'associa a millor puntuació en l'escala funció física. Els pacients no obesos tenen millor puntuació en les escales vitalitat i salut mental.

8. Conèixer les diferències en la qualitat de vida dels pacients que pertanyen als dos grups d'estudi: patologia mental crònica i patologia orgànica crònica que atenem a l'atenció primària ens permet situar per tal d'esforçar-nos en intentar tractar d'una manera més eficient, si és possible, a aquests pacients.

RESUM

ESTUDI DE QUALITAT DE VIDA RELACIONADA AMB LA SALUT EN ATENCIÓ PRIMÀRIA: MALALTIES CRÒNIQUES VERSUS PATOLOGIA MENTAL.

OBJECTIU. Valorar si hi ha diferències en la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) entre pacients amb diagnòstic de patologia mental crònica comparat amb qualsevol malaltia crònica i screening ansietat-depressió en aquests per a comparar-lo amb la qualitat de vida percebuda.

MATERIAL I MÈTODE.

Disseny: Estudi descriptiu transversal.

Àmbit: Atenció primària .

Població: pacients amb diagnòstic de patologia orgànica i pacients atesos per patologia psiquiàtrica. Mostra: 147 per grup per a detectar diferències de mitges amb una confiança del 95% i potència del 80%.

Lloc: Centre Atenció Primària (CAP) Deltebre, CAP Sant Carles de la Ràpita i CAP Tortosa Est.

Variables: Mesura de QVRS amb el qüestionari SF36. Variables sociodemogràfiques (edat, sexe, nivell estudis, intensitat activitat física en el treball, realització o no d' exercici físic, hàbits tòxics, jubilat o treballa o atur) presència o no de patologia mental crònica no greu (depressió crònica), tipus de malaltia crònica orgànica (hipertensió arterial, dislipèmia, diabetes mellitus) antecedents familiars de patologia mental . Test de Goldberg al grup de patologia orgànica crònica.

Anàlisi estadístic de comparació de mitges: t d' Student i U de Mann-Whitney quan no s' aconsegueix el supòsit de normalitat.

RESULTATS. S' han estudiat 148 subjectes amb malaltia mental crònica i 152 amb malaltia crònica. Les puntuacions en les diferents dimensions del qüestionari SF 36 van ser inferiors en els pacients amb malaltia mental crònica en totes les dimensions : funció física (FF), rol físic (RF), dolor corporal (DC) salut general (SG), vitalitat (V), funció social(FS) , rol emocional (RE), salut mental (SM)). Aquest resultat va ser significatiu en totes les dimensions excepte funció física. Test de Goldberg 22,7 % positiu per a ansietat i 31,4 % positiu per a depressió. Les puntuacions en les diferents dimensions del SF36 van ser inferiors en els pacients amb screening positiu per ansietat i depressió . La puntuació del SF 36 és inferior en les dones que en els homes en totes les dimensions . El SF 36 té puntuació superior en els que practiquen exercici físic.

CONCLUSIONS. Els pacients amb patologia mental crònica presenten puntuacions inferiors en totes les dimensions del SF36 , presentant un deterioro important de la qualitat de vida superior fins i tot a qualsevol altra patologia crònica.

Els pacients amb malaltia crònica orgànica i cribratge positiu per a ansietat - depressió també presenten puntuacions inferiors en el SF36.

Les dones tenen pitjor puntuació del SF 36 que els homes en totes les dimensions.

PARAULES CLAU: Qualitat de vida. Depressió crònica. Hipertensió arterial. Dislipèmia. Diabetes mellitus.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. J. Alonso, M. Ferrer, R. Lamarca. Dificultades y perspectivas en la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2001; 8: 29-35.
2. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO, 1947.
3. Shumaker S, Naughton M. The International Assessment of Health-Related Quality of life: A theoretical perspective. En: Shumaker S, Berzon R, eds. The International Assessment of Health-related Quality of life: Theory, Translation, Measurement and Analysis. Oxford: Rapid Communications, 1995.
4. J. Llobera, M Esteva y C. Vidal. La medición de la calidad de vida y la atención primaria. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2001; 8: 36- 44.
5. X. Badia Llach, M. Roset Gamisans . La investigación de resultados en salud. Formación Médica Continuada en Atención Primària. Abril 2001; 8: 24- 28.
6. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. Gac Sanit 2000; 14:163-7.

7. Idler EL, Russell LB, Davis D. Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study, 1992. First National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 874-883.
8. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clín (Barc)* 1998; 110:550-556.
9. Esther López- García, José R. Banegas, Auxiliadora Graciani Pérez-Regadera, Juan Luis Gutiérrez-Fisac, Jordi Alonso y Fernando Rodríguez-Artalejo. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Bar)* 2003;120:568-73.
10. Jordi Alonso, Enrique Regidor, Gregorio Barrio, Luis Prieto, Carmen Rodríguez y Luis de la Fuente. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF- 36. *Medicina Clínica (Barc)*. 1998; 111: 410-416.
11. Alonso J, Prieto L, Ferrer M, Broquetas J, Roca J, Serra-Batlles J, et al. Testing the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1087-94.

12. Gené J, Moliner C, Contel JC, Tintoré I, Vilafàfila R, Schorlemmer C.
Salud y utilización de servicios en ancianos, según el nivel de convivencia. *Gac Sanit* 1997;11:214-20.

13. Persson LO, Karlsson J, Beengtsson C, Steen B, Sullivan M. The Swedish SF-36 Health Survey II. Evaluation of clinical validity: results from population studies of elderly and women in Gothenborg. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1095-103.

14. Juresa V, Ivankovic D, Vuletic G, Babic-Banaszak A, Srcek I, Mastilica M, et al. The Croatian Health Survey- SF-36: I. General quality of life assessment. *Coll Antropol* 2000; 24:69-78.

15. Mishra G, Schofield MJ. Norms for The physical and mental health component summary scores of the SF-36 for young, middle-aged and older Australian women. *Qual life Res* 1998;7:215-20.

16. Ayuso Mateos JL, Lasa L, Vázquez Baquero JL, Oviedo A, Díez Manrique JF. Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:26-32.

17. Donald Sherbourne C, Unützer J, Schoenbaum M, Duan N, Lenert LA, Sturm R, et al. Can utility-weighted health-related quality-of-life estimates capture health effects of quality improvement for depression ?. *Med Care*. 2001; 39: 1246-59.

18. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unützer J, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. JAMA. 2000; 283: 212-20.
19. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Ettner S, Duan N, Miranda J, et al. Five year impact of quality improvement for depression: results of a group -level randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry . 2004;61: 378-86.
20. J.L. Tizón. ¿Es necesario diferenciar los trastornos por ansiedad excesiva y los trastornos depresivos en la atención primaria de la salud ?. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2001; 8: 12-29.
21. F. Colom, J.M. Goicolea. Sociedad Actual y trastornos ansioso-depresivos. Una guía para el médico de Atención Primaria. 2002 Ediciones Mayo, S.A.
22. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. Arch Gen Psychiatry 1995;52:11-9.

23. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. JAMA 1989; 262:914-9
24. Wells KB, Sherbourne CD. Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 897-904 .
25. López-Contreras J. La calidad de vida en la hipertensión arterial. Hipertensión 1999; 16: 353-66.
26. Hollmann G, Olsson AG, Ek AC. Familial hypercholesterolaemia and quality of life in family members. Prev Med 2003; 36: 569-74.
27. Jaracz K, Kozubski W. Quality of life in stroke patients. Acta Neurol Scand. 2003; 107: 324-9.
28. Otsuka K, Mitsutake G, Yano S. Depression, quality of life, and lifestyle: chronoecological health watch in a community. Biomed Pharmacother 2002; 56: 231-242.
29. Goldney RD, Ruffin R, Fisher LJ, Wilson DH. Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey. Med J Aust. 2003; 178: 437-41.

30. Gallegos-Orozco JF, Fuentes AP, Argueta JG, Perez-Pruna C, Hinojosa-Beceril C, Sixtos-Alonso MS, et al. Health-Related Quality of Life and Depression in Patients with Chronic Hepatitis C. *Arch Med Res.* 2003; 34 : 124-129.
31. Harris MD. Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. *Curr Diab Rep* 2003 ; 3:49-55.
32. Rumsfeld JS, Magid DJ, Plomondon ME, Sales AE, Grunwald GK, Every NR, et al. History of depression, angina, and quality of life after acute coronary syndromes. *Am Heart J.* 2003; 145: 493-9.
33. Sherbourne CD, Wells KB, Meredith LS, Jackson CA, Camp P. Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being chronically ill patients of general medical providers. *Arch Gen Psychiatry.* 1996; 53:889-95.
34. Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P. Depression and health-related quality of life. *J Nerv Ment Dis.* 2002; 190: 799-806.
35. Rosenthal MH. Barriers to diagnosis, advances in therapy. *J Am Osteopath Assoc.* 2003; 103: 2-9.
36. Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. *East Mediterr Health J.* 2005; 11: 109-18.

37. Lash JP, Wang X, Greene T, Gadegbeku CA, Hall Y, Jones K, et al; African American Study of Kidney Disease and Hypertension Trial Study Group. *AM J Kidney Dis.* 2006; 47:956-64.

38. Cuevas Fernandez FJ, Marco Garcia MT, Rodriguez Alvarez C, Iglesias Giron MJ, Aguirre- Jaime A. Is there an association between physical exercise and the quality of life of hypertensive patients?. *Scand J Med Sci Sports.* 2007; 17: 348-55.

39. Li W, Liu L, Puente JG, Li Y, Jiang X, Jin S, et al. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attendin hospital clinics in China. *J Hypertens.* 2005 ;23: 1667-76

40. Roca-Causachs A, Badia X, Dalfo A, Gascon G, Abellan J, Lahoz R, et al. Rellationship between clinical and therapeutic variables and health-related quality of life in patients with hypertension. MINICHAL Study. *Med Clin (Barc).* 2003; 121:12-7.

41. Kusek JW, Lee JY, Smith DE, Milligan S, Faulkner M, Cornell CE, et al. Effect of blood pressure control and antihypertensive drug regimen on quality of life: the African American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study. *Control Clin Trials.* 1996; 17:40-46.

42. Dalfo Baque A, Badia Llach X, Roca-Cusachs Coll A, ARISTEGUI Ruiz i, Roset Gamisans M. Validation of the quality of life questionnaire in arterial hypertension (HQALY) for its use in Spain. Relationship between clinical variables and quality of life. Investigator Group of the HQALY study. Aten Primaria. 2000; 26:96-103.
43. Tapp RJ, Dunstan DW, Phillips P, Tonkin A, Zimmet PZ, Shaw JE; on behalf of the AusDiab study group. Association between impaired glucose metabolism and quality of life: Results from the Australian diabetes obesity and lifestyle study. Diabetes Res Clin Pract. 2006; 74: 154-61.
44. Wexler DJ, Grant RW, Wittenberg E, Bosch JL, Cagliero E, Delahanty L, et al. Correlates of health-related quality of life in type 2 diabetes. Diabetologia. 2006; 49:1489-97.
45. Rejeski WJ, Lang W, Neiberg RH, Van Dorsten B, Foster GD, Maciejewski ML, et al; Look AHEAD Research Group. Correlates of health-related quality of life in overweight and obese adults with type 2 diabetes. Obesity (Silver Spring). 2006; 14:870-83.
46. Cerrelli F, Manini R, Forlani G, Baraldi L, Melchionda N, Marchesini G. Eating behavior affects quality of life in type 2 diabetes mellitus. Eat Weight Disord. 2005;10:251-7.

47. De Berardis G, Pellegrini F, Franciosi M, Belfiglio M, Di Nardo B, Greenfield S, et al; QuED (Quality of Care and Outcomes in Type 2 Diabetes) Study Group. Longitudinal assessment of quality of life in patients with type 2 diabetes and self-reported erectile dysfunction. *Diabetes Care*. 2005, 28:2637-43.
48. Coffey JT, Brandle M, Zhou H, Marriot D, Burke R, Tabaei BP, et al. Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25:2238-43.
49. Lloyd A, Sawyer W, Hopkinson P. Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin. *Value Health*. 2001; 4:392-400.
50. Kaukua JK, Pekkarinen TA, Rissanen AM. Health-related quality of life in a randomised placebo- controlled trial of sibutramine in obese patients with type II diabetes. *Int Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28: 600-5.
51. Jacobson AM, de Groot M, Samson JA. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care*. 1994; 17: 267-74.
52. Tabaei BP, Shill-NovaK J, Brandle M, Burke R, Kaplan RM, Herman WH. Glycemia and quality of well-being in patients with diabetes. *Qual life res*, 2004; 13: 1153-61.

53. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 1997; 20: 562-7.
54. Wu SY, Sainfort F, Tomar RH, Tollios JL, Fryback DG, Klein R, et al. Development and application of a model to estimate the impact of type 1 diabetes on health-related. *Diabetes Care*. 1998; 21: 725-31.
55. Perers E, From Attebring M, Caidahl K, Herlitz J, Karisson T, Wahrborg P, et al. Low risk is associated with poorer quality of life than high risk following acute coronary syndrome. *Coron Artery Dis*. 2006; 17: 501-10.
56. Le Grande MR, Elliot PC, Murphy BM, Worcester MU, Higgins RO, Ernest CS, et al. Health related quality of life trajectories and predictors following coronary artery bypass surgery. *Health Qual Life Outcomes*. 2006; 4:49.
57. Whooley MA. Depression and cardiovascular disease: healing the broken-hearted. *Jama*. 2006; 295: 2874-81.
58. Dias CC, Mateus P, Santos L, Mateus C, Sampaio F, Adao L, et al. Acute coronary syndrome and predictors of quality of life. *Rev Port Cardiol*. 2005; 24: 819-31.

59. Goodacre S, Nicholl J. A randomised controlled trial to measure the effect of chest pain unit care upon anxiety, depression, and health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2 :39.
60. Panda M, Staton LJ, Chen I, Kurz J, O' Rorke, Pasanen M, et al. The influence of discordance in pain assessment on the functional status of patients with chronic nonmalignant pain. *Am J Med Sci*. 2006; 332:18-23.
61. Teixeira MC, Ribeiro Mde F, Gayotto LC, Chamone Dde A, Strauss E. Worse quality of life in volunteer blood donors with hepatitis C. *Transfusion*. 2006; 46: 278-83.
62. Cully JA; Graham DP, Stanley MA, Ferguson CJ, Sharafkhaneh A, Soucek J, et al. Quality of life inpatients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression. *Psychosomatics*. 2006; 47: 312-9.
63. Singh SN, Tang XC, Singh BN, Dorian P, Reda DJ, Harris CL, et al, SAFE-T Investigators. Quality of life and exercise performance in patients in sinus rhythm versus persistent atrial fibrillation: a Veterans Affairs Cooperative Studies Program Substudy. *J Am Coll Cardiol*. 2006; 48: 721-30.
64. Birtane M, Uzunca K, Tastekin N, Tuna H. The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid

arthritis by using SF-36 Health Survey. Clin Rheumatol. 2006. (Epub ahead of print)

65. Kaukua J, Pekkarinen T, Sane T, Mustajoki P. Health-related quality of life in obese outpatients losing weight with very-low-energy diet and behavior modification: a 2-y follow-up study. Int J Obes Relat Disord. 2003; 27: 1072-80.
66. Blissmer B, Riebe D, Dye G, Ruggiero L, Greene G, Caldwell M. Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: intervention and 24 month follow-up effects. Health Qual Life Outcomes. 2006; 4:43
67. Stewart AL, Hays RD, Wells KB, Rogers WH, Spritzer KL, Greenfield S. Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the Medical Outcomes Study. J Clin Epidemiol. 1994; 47: 719-30.
68. de Vreede PL, van Meeteren NL, Samson MM, Wittink HM, Duursma SA, Verhaar HJ. The Effect of Functional Tasks exercise and Resistance Exercise on Health-related quality of life and Physical Activity. A Randomised Controlled Trial. Gerontology. 2006; 53:12-20.

69. Woodruff SI, Conway TL. A longitudinal assessment of the impact of health/fitness status and health behavior on perceived quality of life. *Percept Mot skills*. 1992; 75: 3-14.
70. Yost KJ, Haan MN, Levine RA, Gold EB. Comparing SF-36 scores across three groups of women with different health profiles. *Qual Life Res*. 2005; 14: 1251-61
71. Dunner DL, Rush AJ, Russell JM, Burke M, Woodard S, Wingard P, et al. Prospective, long-term, multicenter study of the naturalistic outcomes of patients with treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67: 688-95.
72. Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, Ho S, Gillin JC, Golshan S, et al. Preliminary longitudinal assessment of quality of life in patients with major depression. *Psychopharmacol Bull*. 1997;33: 23-9.

ANNEXES

1. ENQUESTA DE RECOLLIDA DE DADES: MITJANÇANT ENTREVISTA CLÍNICA I REVISIÓ D' HISTÒRIA CLÍNICA.

ESTUDI QUALITAT DE VIDA RELACIONADA AMB LA SALUT:**PATOLOGIA MENTAL VERSUS ALTRES PATOLOGIES CRÒNIQUES**

Nº HISTÒRIA: _____ NOM: _____

SEXE: ☐ Home ☐ Dona DATA NAIXEMENT: __/__/____ESTAT CIVIL: ☐ Solter ☐ Casat ☐ Separat/divorciat ☐ ViduNIVELL ESTUDIS: ☐ Analfabet ☐ Primaris ☐ Secundaris ☐ UniversitariSITUACIÓ LABORAL: ☐ Treballa ☐ Paro ☐ Invalidesa ☐ Estudia☐ Mestressa de casa ☐ JubilatACTIVITAT LABORAL: ☐ Sedentària ☐ Lleugera ☐ Moderada☐ Activa ☐ Molt activaEXERCICI: Practica habitualment exercici durant al menys 30 min dues o més vegades per setmana? ☐ Si ☐ No**HABITS TÒXICS:**Tabac: ☐ NO ☐ SI ☐ ExfumadorEnol de risc: ☐ NO ☐ SI ☐ Exenol de riscDrogues: ☐ No ☐ Si ☐ Ex drogadicte

CONSUM PSICOFÀRMACS: ANY diagnòstic malaltia mental: _____

Antidepressius ☐ _____Benzodiacepines ☐ _____Neurolèptics ☐ _____CONTROL PATOLOGIA MENTAL: ☐ Primària ☐ EspecialistaANTECEDENTS PERSONAL DE PATOLOGIA MENTAL: ☐ NO ☐ SIANTECEDENTS FAMILIARS DE PATOLOGIA MENTAL: ☐ NO ☐ SI

MALALTIA CRÒNICA	TT. FARMACOLÒGIC	ANY diag
HTA ☐	☐ Si ☐ No	
DM ☐	☐ Si ☐ No	
DISLIPÈMIA ☐	☐ Si ☐ No	
MPOC ☐	☐ Si ☐ No	
MCV ☐	☐ Si ☐ No	
Obesitat mòrbida ☐	☐ Si ☐ No	
Malaltia reumatològica ☐	☐ Si ☐ No	
Dolor crònic ☐	☐ Si ☐ No	
Altres ☐	☐ Si ☐ No	
	☐ Si ☐ No	

DARRERA TA _____ GLICÈMIA _____ HBA1C _____ COL T _____

HDL COL _____ LDL COL _____ TG _____ IMC _____

ESCALA D' ANSIETAT I DEPRESSIÓ DE GOLBERG
(Golberg et al,1988)

ESCALAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD (Golberg et al, 1998)

Escala de ansiedad

(Contar un punto por cada respuesta positiva)

1. ¿Se siente usted tenso (a), nervioso (a)?.....
2. ¿Está usted inquieto?.....
3. ¿Está usted irritable?.....
4. ¿Le cuesta relajarse?.....

En caso de existir dos respuestas positivas a las preguntas positivas antes expuestas, efectuar las siguientes preguntas:

5. ¿Duerme usted mal?.....
6. ¿Tiene usted dolor de cabeza, dolores cervicales?.....
7. ¿Tiene usted alguna de las siguientes manifestaciones: temblores, hormigueos, sensación de desequilibrio, sudores, necesidad de orinar frecuentemente, diarreas?.....
8. ¿Está usted inquieto/a por su salud?.....
9. ¿Le cuesta conciliar el sueño?.....

Escala de depresión

(Contar 1 punto por cada respuesta positiva)

1. ¿Encuentra usted que le falta energía?.....
2. ¿Tiene usted poco interés por hacer las cosas?.....
3. ¿Ha perdido confianza en si mismo?.....
4. ¿Ha perdido usted la esperanza de que mejore su situación?.....

En caso de respuesta positiva a una de estas preguntas, continuar:

5. ¿Le cuesta concentrarse?.....
6. ¿Ha perdido el apetito?.....
7. ¿Se despierta demasiado pronto por la mañana?.....
8. ¿Se encuentra usted fatigado?.....
9. ¿Es por la mañana cuando se encuentra peor?.....

Interpretación

Obtenga la puntuación total de cada escala.

Los pacientes que tengan una puntuación de 5 en la escala de ansiedad y de 2 en la escala de depresión tienen un 50 % de posibilidades de presentar un trastorno clínicamente significativo.

Por encima de estas puntuaciones, esta probabilidad aumenta notablemente.

**QÜESTIONARI SF-36 VERSIÓ VALIDADA EN CATALÀ: MITJANÇANT
ENTREVISTA CLÍNICA**

QÜESTIONARI DE SALUT SF-36

VERSIÓ CATALANA 1.4 (juny de 1999)

INSTRUCCIONS:

Les preguntes que segueixen a continuació es refereixen al que vostè pensa sobre la seva salut. Les seves respostes permetran saber com es troba vostè i fins a quin punt és capaç de fer les seves activitats quotidianes

Contesti cada pregunta tal i com s'indica. Si no està segur/a de com respondre a una pregunta, si us plau, contesti allò que li sembli més cert.

Copyright© 1995 Medical Outcomes Trust
All rights reserved.

Correspondència:

Dr. Jordi Alonso
Unitat d'Investigació en Serveis Sanitaris
I.M.I.M.
Doctor Aiguader, 80
E- 08003 Barcelona, España
Tel. + 34 3 221 10 09
Fax. + 34 3 221 32 37
E-mail: pbarbas@imim.es

MARQUI UNA SOLA RESPOSTA

1. En general, vostè creu que la seva salut és :

- 1 ☐ Excel·lent
- 2 ☐ Molt bona
- 3 ☐ Bona
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Dolenta

2. Com li sembla que és la seva salut actual, comparada amb la d'ara fa un any?

- 1 ☐ Molt millor que fa un any
- 2 ☐ Una mica millor que fa un any
- 3 ☐ Més o menys igual que fa un any
- 4 ☐ Ara, una mica pitjor que fa un any
- 5 ☐ Ara, molt pitjor que fa un any

LES SEGÜENTS PREGUNTES ES REFEREIXEN A
ACTIVITATS QUE VOSTÈ PODRIA FER EN UN DIA
NORMAL.

3. La seva salut actual, el limita per fer **esforços intensos**, com ara córrer, aixecar pesos, o participar en esports esgotadors?

- 1 ☐ Sí, em limita molt
- 2 ☐ Sí, em limita una mica
- 3 ☐ No, no em limita gens

4. La seva salut actual, el limita per fer **esforços moderats**, com ara moure una taula, passar l' aspirador, jugar a bitlles o caminar més d'una hora?

- 1 ☐ Sí, em limita molt
- 2 ☐ Sí, em limita una mica
- 3 ☐ No, no em limita gens

5. La seva salut actual, el limita per **agafar o portar el cistell d'anar a comprar?**

- 1 ☐ Sí, em limita molt
- 2 ☐ Sí, em limita una mica
- 3 ☐ No, no em limita gens

6. La seva salut actual, el limita per **pujar alguns pisos** per l'escala?

- 1 ☐ Sí, em limita molt
- 2 ☐ Sí, em limita una mica
- 3 ☐ No, no em limita gens

7. La seva salut actual, el limita per **pujar un sol pis** per l'escala?

- 1 ☐ Sí, em limita molt
- 2 ☐ Sí, em limita una mica
- 3 ☐ No, no em limita gens

8. La seva salut actual, el limita per **ajupir-se o agenollar-se?**

- 1 ☐ Sí, em limita molt
- 2 ☐ Sí, em limita una mica
- 3 ☐ No, no em limita gens

9. La seva salut actual, el limita per caminar **un quilòmetre o més?**

- 1 ☐ Sí, em limita molt
- 2 ☐ Sí, em limita una mica
- 3 ☐ No, no em limita gens

10. La seva salut actual, el limita per caminar **algunes illes de cases** (alguns centenars de metres)?

- 1 ☐ Sí, em limita molt
- 2 ☐ Sí, em limita una mica
- 3 ☐ No, no em limita gens

11. La seva salut actual, el limita per caminar **només una illa de cases** (uns 100 metres)?

- 1 ☐ Sí, em limita molt
- 2 ☐ Sí, em limita una mica
- 3 ☐ No, no em limita gens

12. La seva salut actual, el limita per **banyar-se o vestir-se vostè sol?**

- 1 ☐ Sí, em limita molt
- 2 ☐ Sí, em limita una mica
- 3 ☐ No, no em limita gens

LES SEGÜENTS PREGUNTES ES REFEREIXEN A
PROBLEMES EN EL SEU TREBALL O EN LES SEVES
ACTIVITATS QUOTIDIANES.

13. Durant les 4 últimes setmanes, va haver de treballar **menys temps o reduir** les seves activitats quotidianes, degut a la seva salut física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

14. Durant les 4 últimes setmanes, **va fer menys** del que hagués volgut fer, degut a la seva salut física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

15. Durant les 4 últimes setmanes, va haver de **deixar de fer algunes activitats** al treball o a la seva vida diària, degut a la seva salut física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

16. Durant les 4 últimes setmanes, va tenir alguna **dificultat** per fer el seu treball o les seves activitats quotidianes (per exemple, li va costar més del normal), degut a la seva salut física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

17. Durant les 4 últimes setmanes, va haver de **reduir el temps** dedicat al treball o a les seves activitats quotidianes, degut a algun problema emocional (com estar trist, deprimit, o nerviós)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

18. Durant les 4 últimes setmanes, **va fer menys coses** de les que hagués volgut fer, degut a algun problema emocional (com estar trist, deprimit, o nerviós)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

19. Durant les 4 últimes setmanes, no va fer el seu treball o les seves activitats quotidianes tan **acuradament** com de costum, degut a algun problema emocional (com estar trist, deprimit, o nerviós)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

20. Durant les 4 últimes setmanes, fins a quin punt creu vostè que la seva salut física o els seus problemes emocionals han dificultat les seves activitats socials habituals amb la família, els amics, els veïns o d'altres persones?

1 ☐ Gens

2 ☐ Una mica

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastant

5 ☐ Molt

21. Va tenir dolor en alguna part del cos durant les 4 últimes setmanes?

- 1 ☐ No, cap
- 2 ☐ Sí, molt poc
- 3 ☐ Sí, una mica
- 4 ☐ Sí, moderat
- 5 ☐ Sí, molt
- 6 ☐ Sí, moltíssim

22. Durant les 4 últimes setmanes, fins a quin punt el dolor li ha dificultat la seva feina habitual (inclòs el treball fora de casa i les feines domèstiques)?

- 1 ☐ Gens
- 2 ☐ Una mica
- 3 ☐ Regular
- 4 ☐ Bastant
- 5 ☐ Molt

LES PREGUNTES QUE SEGUEIXEN ES REFEREIXEN A COM VOSTÈ S'HA SENTIT I COM LI HAN ANAT LES COSES DURANT LES 4 ÚLTIMES SETMANES. A CADA PREGUNTA RESPONGUI ALLÒ QUE S'ASSEMBLI MÉS A COM S'HA SENTIT VOSTÈ.

23. Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps es va sentir ple de vitalitat?

- 1 ☐ Sempre
- 2 ☐ Quasi sempre
- 3 ☐ Moltes vegades
- 4 ☐ Algunes vegades
- 5 ☐ Només alguna vegada
- 6 ☐ Mai

24. Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps va estar molt nerviós?

- 1 ☐ Sempre
- 2 ☐ Quasi sempre
- 3 ☐ Moltes vegades
- 4 ☐ Algunes vegades
- 5 ☐ Només alguna vegada
- 6 ☐ Mai

25. Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps es va sentir tan baix de moral que res no el podia animar?

- 1 ☐ Sempre
- 2 ☐ Quasi sempre
- 3 ☐ Moltes vegades
- 4 ☐ Algunes vegades
- 5 ☐ Només alguna vegada
- 6 ☐ Mai

26. Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps es va sentir calmat i tranquil?

- 1 ☐ Sempre
- 2 ☐ Quasi sempre
- 3 ☐ Moltes vegades
- 4 ☐ Algunes vegades
- 5 ☐ Només alguna vegada
- 6 ☐ Mai

27. Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps va tenir molta energia?

- 1 ☐ Sempre
- 2 ☐ Quasi sempre
- 3 ☐ Moltes vegades
- 4 ☐ Algunes vegades
- 5 ☐ Només alguna vegada
- 6 ☐ Mai

28. Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps es va sentir desanimat i trist?

- 1 ☐ Sempre
- 2 ☐ Quasi sempre
- 3 ☐ Moltes vegades
- 4 ☐ Algunes vegades
- 5 ☐ Només alguna vegada
- 6 ☐ Mai

29. Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps es va sentir esgotat?

- 1 ☐ Sempre
- 2 ☐ Quasi sempre
- 3 ☐ Moltes vegades
- 4 ☐ Algunes vegades
- 5 ☐ Només alguna vegada
- 6 ☐ Mai

30. Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps es va sentir feliç?

- 1 ☐ Sempre
- 2 ☐ Quasi sempre
- 3 ☐ Moltes vegades
- 4 ☐ Algunes vegades
- 5 ☐ Només alguna vegada
- 6 ☐ Mai

31. Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps es va sentir cansat?

- 1 ☐ Sempre
- 2 ☐ Quasi sempre
- 3 ☐ Moltes vegades
- 4 ☐ Algunes vegades
- 5 ☐ Només alguna vegada
- 6 ☐ Mai

32. Durant les 4 últimes setmanes, amb quina freqüència la seva salut física o els seus problemes emocionals li han limitat les seves activitats socials (com visitar als amics o familiars)?

- 1 ☐ Sempre
- 2 ☐ Quasi sempre
- 3 ☐ Algunes vegades
- 4 ☐ Només alguna vegada
- 5 ☐ Mai

**SI US PLAU, DIGUI SI LI SEMBLEN CERTES O FALSES
CADASCUNA DE LES SEGÜENTS FRASES.**

33. Crec que em poso malalt més fàcilment que altres persones.

- 1 ☐ Totalment certa
- 2 ☐ Bastant certa
- 3 ☐ No ho sé
- 4 ☐ Bastant falsa
- 5 ☐ Totalment falsa

34. Estic tan sa com qualsevol.

- 1 ☐ Totalment certa
- 2 ☐ Bastant certa
- 3 ☐ No ho sé
- 4 ☐ Bastant falsa
- 5 ☐ Totalment falsa

35. Crec que la meua salut empitjorarà.

- 1 ☐ Totalment certa
- 2 ☐ Bastant certa
- 3 ☐ No ho sé
- 4 ☐ Bastant falsa
- 5 ☐ Totalment falsa

36. La meua salut és excel·lent.

- 1 ☐ Totalment certa
- 2 ☐ Bastant certa
- 3 ☐ No ho sé
- 4 ☐ Bastant falsa
- 5 ☐ Totalment falsa