



Original

Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña

Stefanie Schmidt ^{a,e}, Gemma Vilagut ^{a,b}, Olatz Garin ^{a,b}, Oriol Cunillera ^a, Ricard Tresserras ^c, Pilar Brugulat ^c, Anna Mompert ^c, Antonia Medina ^c, Montse Ferrer ^{a,b,d,*} y Jordi Alonso ^{a,b,e}

^a Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios, IMIM (Instituto de Investigación Hospital del Mar), Barcelona, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España

^c Dirección General de Planificación y Evaluación, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^d Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Preventiva, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^e Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de septiembre de 2010

Aceptado el 25 de octubre de 2011

On-line el 11 de enero de 2012

Palabras clave:

Cuestionario SF-12 versión 2

Calidad de vida relacionada con la salud

Estado de salud

Encuestas de salud

Cuestionarios

Valores de referencia

Validez

RESUMEN

Fundamento y objetivo: El cuestionario de salud SF-12 es una versión reducida del SF-36. La estrategia principal de interpretación de estos cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la utilización de normas poblacionales. Este estudio pretende obtener las normas de referencia para la versión española del SF-12 versión 2 (SF-12v2), evaluar su validez de constructo y comparar los métodos de puntuación estándar y específico.

Sujetos y método: Se analizó una submuestra de la Encuesta de Salud de Cataluña (n = 4.261), representativa de la población general no institucionalizada. Se calculó la media y percentiles para las 8 dimensiones y los componentes sumarios, estratificando por sexo y edad. La validez de constructo se evaluó mediante la comparación de grupos conocidos aplicando la prueba de ANOVA.

Resultados: Los resultados apoyaron las hipótesis establecidas *a priori* para los grupos conocidos ($p < 0,001$): peor salud física en las personas con problemas de movilidad (EQ-5D) (37,8 frente a 52), con mayor restricción en actividades (41,8 frente a 51,2) y con mayor número de trastornos crónicos (43,2 frente a 53,9); y peor salud mental en las personas con problemas de ansiedad/depresión (EQ-5D) (42,2 frente a 51,9). Las puntuaciones obtenidas con ambos métodos de puntuación fueron similares, excepto en Salud General y Vitalidad.

Conclusiones: El SF-12v2 es un instrumento válido para medir CVRS en nuestro entorno. Las normas obtenidas facilitan la interpretación de sus puntuaciones en la práctica clínica, la investigación y la gestión sanitaria. Se recomienda el método específico para comparaciones de CVRS a nivel nacional y el estándar para las internacionales.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Reference guidelines for the 12-Item Short-Form Health Survey version 2 based on the Catalan general population

ABSTRACT

Keywords:

Questionnaire SF-12 version 2

Health related quality of life

Health status

Health surveys

Questionnaires

Reference values

Validity

Background and objective: The SF-12 health survey is the short version of the SF-36. The main interpretation strategy for these health related quality of life (HRQL) questionnaires is the use of population based reference values. This study aims to obtain the population based norms for the Spanish version of SF-12 version 2 (SF-12v2), to evaluate its construct validity and to compare the scores obtained by the standard and the specific method of calculation.

Subjects and methods: We analyzed a subsample of the Catalan Health Interview Survey (n = 4,261), representative of the general non-institutionalized population. Median and percentiles were calculated for each of the 8 dimensions and for the component summaries, stratified by sex and age groups. The construct validity was evaluated by comparing known groups, applying ANOVA.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mferrer@imim.es (M. Ferrer).

Results: The results for the known groups analysis supported the hypothesis established *a priori* ($P < .001$): worse physical health for persons with mobility problems (EQ-5D) (37.8 vs 52), with restriction in activities (41.8 vs 51.2), and with greater number of chronic disorders (from 43.2 to 53.9); and worse mental health with problems of anxiety/depression (EQ-5D) (42.2 vs 51.9). The scores obtained by the 2 different methods of calculation were similar, except for General Health and Vitality. **Conclusions:** The SF-12v2 is a valid instrument to measure HQRL in our environment. The obtained norms facilitate the interpretation of SF-12v2 scores in the clinical practice, research and health policy. We recommend the use of the specific method of calculation for national HQRL comparison and the standard one for international comparison.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los resultados en salud declarados por los pacientes (*patient reported outcomes*) han ido adquiriendo cada vez mayor relevancia en la investigación, la práctica clínica y la planificación sanitaria¹⁻³. La autopercepción del estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) aportan información complementaria a los indicadores de salud tradicionales basados en mortalidad, siendo imprescindibles para describir la salud en países desarrollados, donde la esperanza de vida ha ido aumentando de forma sostenida.

Uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para medir la CVRS es el Cuestionario de Salud SF-36. Se trata de un instrumento genérico, aplicable tanto en población general como en pacientes con diferentes enfermedades, que desde su desarrollo en 1988 ha sido adaptado a más de 20 lenguas⁴⁻⁶. No obstante, su carga de administración (tiempo medio de cumplimentación de unos 5-10 minutos) puede ser demasiado elevada en determinados ámbitos o tipos de estudio. Por ello se desarrolló el SF-12, una versión reducida con solo 12 ítems seleccionados del SF-36, que requiere un tiempo promedio de administración de 1-2 minutos^{7,8}.

Los cambios más relevantes entre la versión 1 y la versión 2 del SF-12, publicada en el año 2002, fueron el aumento de las opciones de respuesta de 2 a 5 en los ítems de Rol, Físico y Mental, para lograr disminuir los elevados efectos techo que presentaban, y una reducción de las opciones de respuesta de 6 a 5 para las dimensiones Salud Mental y Vitalidad⁸. Además, se realizaron cambios del formato y del texto para facilitar su comprensión y lograr una reducción de valores ausentes, tanto como para aumentar la comparabilidad con otras versiones adaptadas culturalmente. Mientras que la versión 1 del SF-12 (SF-12v1) solo permite calcular 2 puntuaciones, el componente sumario físico (CSF) y mental (CSM), la versión 2 (SF-12v2) permite calcular además el perfil de las 8 dimensiones originales del SF-36.

La estrategia principal de interpretación de estos cuestionarios se basa en la utilización de normas poblacionales de referencia. Estas normas indican un valor estándar que facilita la interpretación de las puntuaciones del cuestionario respecto a las esperadas según su grupo de edad y sexo^{4,8}. En 1998 se publicaron las normas de referencia de las 8 dimensiones para la versión española del SF-36v1⁹⁻¹¹, y en 2008 las normas para los CSF y CSM del SF-36v1 y las CSF y CSM para el SF-12v1¹². Sin embargo, hasta ahora no se dispone de normas de referencia para la versión 2 de estos cuestionarios en nuestro entorno. Para su interpretación existen únicamente las normas estadounidenses⁸, las cuales están basadas en la población general americana.

El objetivo principal de este estudio fue obtener las normas de referencia para el cuestionario de salud SF-12v2 en una muestra representativa de la población general adulta y no institucionalizada de Cataluña. Adicionalmente, ya que la obtención de normas debería ir acompañada de una evaluación psicométrica del cuestionario, se planteó evaluar la validez de constructo del cuestionario. También se pretendió comparar las puntuaciones mediante 2 algoritmos de cálculo distintos: el original americano

(o estándar, que se ha utilizado hasta ahora en nuestro entorno) y el específico del país con la muestra de Cataluña (dado que es la primera vez que se cuenta con datos de la versión española del SF-12v2 en una muestra poblacional).

Material y método

Diseño y selección de la muestra

Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) de 2006, un estudio transversal de una muestra representativa de los individuos no institucionalizados residentes en Cataluña ($n = 18.126$). La información sobre la construcción de la muestra ha sido descrita detalladamente con anterioridad¹³. Resumidamente, los individuos fueron seleccionados a partir del Registro de Población del Instituto de Estadística de Cataluña mediante un muestreo aleatorio con estratificación multietápica, manteniendo la representatividad de la muestra respecto a la población general, según sexo, grupo de edad, región sanitaria y tamaño poblacional del municipio (< 500 , 501-2.000, 2.001-5.000, 5.001-10.000, 10.001-25.000, 25.001-50.000, 50.001-100.000 y más de 100.000 habitantes)¹⁴. Los motivos de sustitución de las personas seleccionadas en la muestra, por otras de sus mismas características, fueron: los cambios de dirección domiciliaria (15,1%), participación denegada (10,8%), ausencia prolongada de la persona a entrevistar (5,1%), persona no localizable (5,0%) y muerte (1,3%). La ESCA incluye una batería de preguntas para evaluar diferentes aspectos relacionados con la salud y características sociodemográficas de los participantes.

Para el presente estudio se utilizaron los datos de una submuestra de la ESCA 2006 ($n = 4.319$), a la cual se administró el cuestionario SF-12v2. El método de muestreo de esta submuestra fue idéntico al de la muestra inicial, pero dado que el número de efectivos era substancialmente menor, se redujo el número de municipios¹⁴. Así pues, la submuestra utilizada mantiene el mismo nivel de representatividad que la muestra general, incrementando los márgenes de error asumidos. Para el análisis de este artículo en particular, se excluyeron las personas menores de 18 años ($n = 58$), resultando una muestra final de $n = 4.261$ individuos. El SF-12v2 fue administrado por entrevistadores formados, mediante encuestas personales asistidas por ordenador que se llevaron a cabo entre diciembre de 2005 y junio de 2006¹³.

SF-12v2: contenido y cálculo de las puntuaciones

El SF-12v2 contiene 12 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de 3 o 5 puntos. Resume 8 dimensiones, manteniendo el modelo conceptual del SF-36: Función Física (FF, 2 ítems), Rol Físico (RF, 2 ítems), Dolor Corporal (DC, 1 ítem), Salud General (SG, 1 ítem), Vitalidad (VT, 1 ítem), Función Social (FS, 1 ítem), Rol Emocional (RE, 2 ítems) y Salud Mental (SM, 2 ítems). Los CSF y CSM se calculan a partir de estas dimensiones^{4,8}.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3801481>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3801481>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)