



# UNIVERSIDAD VERACRUZANA

---

---

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL VERACRUZ SUR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
ORIZABA, VERACRUZ

" VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO  
GENERAL DE SALUD (SF 12) EN DERECHOHABIENTES  
DE UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DEL INSTITUTO  
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL "

TESIS

PARA OBTENER EL POSGRADO DE:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ADRIANA CISNEROS HUERTA

ASESORES:

M.C FILIBERTO LINALDI YEPEZ

M.C. JORGE MARTINEZ TORRES

M.C. SANTA LETICIA HERNÁNDEZ CRUZ.



**IMSS**

ORIZABA, VER.

2007

**DEDICATORIAS:**

**A mi padre que hoy no esta conmigo,  
Por darme las bases y herramientas suficientes  
Para salir adelante y superarme**

**A ti mamá por todo el cariño y amor que siempre  
He recibido de ti, y por tu apoyo incondicional  
Gracias por enseñarme lo bello de la vida.**

*Guadalupe*

---

Dra. Ma. Guadalupe González Guerrero  
Coordinador de Educación e Investigación en Salud  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Delegación Veracruz Sur  
Hospital General Regional Veracruz Sur  
Lic. Ignacio García Téllez



COORD. CLIN. EDUC. E INV. MEDICA  
HOSP. GRAL. REGIONAL  
DELEG. REGIONAL VERACRUZ SUR  
ORIZABA VER.

---

Dr. José María García García  
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Delegación Regional Veracruz Sur  
Unidad de Medicina Familiar No. 1  
Orizaba, Ver.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**REGION DELEGACIONAL VERACRUZ SUR  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL ORIZABA VERACRUZ  
LIC. IGNACIO GARCIA TELLEZ**

**TITULO**

**"VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD  
(SF12) EN DERECHOHABIENTES DE UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL."**

**AUTOR**

**DRA ADRIANA CISNEROS HUERTA  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**ASESORES METODOLOGICO**

**DR. FILIBERTO LINALDI YEPEZ  
DR. JORGE MARTINEZ TORRES**

**ASESORES ESTADISTICO**

**DRA SANTA LETICIA HERNANDEZ CRUZ**

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD  
(SF12) EN DERECHAHABIENTES DE UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## **INDICE**

1. RESUMEN ESTRUCTURADO	1
2. INTRODUCCION	2
3. ANTECEDENTES GENERALES	4
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
5. JUSTIFICACION	14
6. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	16
7. MATERIAL Y METODOS	17
8. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	19
9. PROCEDIMIENTO	22
10. RECURSOS	25
11. BIOETICA	27
12. RESULTADOS	28
13. CONCLUSIONES	34
14. BIBLIOGRAFIA	35
15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	38
16. ANEXOS	39

## RESUMEN ESTRUCTURADO

### “VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (SF12) EN DERECHOHABIENTES DE UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”

Cisneros -Huerta A<sup>1</sup>, Linaldi-Yépez F<sup>2</sup>, Martínez-Torres J<sup>3</sup>, Hernández Cruz L<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Residente de Medicina Familiar, <sup>2</sup> Asesor Investigación HGRO, <sup>3</sup> Asesor Investigación HGRO, <sup>4</sup>Coord. Investigación en Salud, Veracruz Sur IMSS.

**Introducción:** Calidad de vida es la percepción de bienestar que pueden experimentar las personas representada por la suma de sensaciones subjetivas y personales. En el contexto de calidad de vida existen los cuestionarios genéricos y específicos como el SF12 y SF36.

**Objetivo:** Determinar la validez y confiabilidad del cuestionario general de salud versión corta (SF-12) en pacientes que reciben atención en el primer nivel de atención.

**Material y Métodos:** Estudio: Transversal, comparativo, de abril de 2005 a diciembre de 2006. Muestra: 240 derechohabientes de 18-60 años sanos, adscritos a la UMF 1.

Se aplicaron 3 cuestionarios, SF12, SF36, los cuales miden calidad de vida, el de BECK que evalúa depresión.

**Análisis:** Frecuencias simples y relativas, X<sup>2</sup> para evaluar diferencias con P<0.05. La confiabilidad Test-Retest, validez concurrente y validez divergente se realizó mediante correlación de Pearson.

**Resultados:** Se entrevistaron 240 pacientes de 18 a 60 años sanos, la media de edad fue 29.38, La frecuencia de depresión fue de 22.1 %, se observó mayor depresión en el grupo de 21 a 29 años (41.5%), casados 52.8%, mujeres dedicadas a labores del hogar (35.8%), escolaridad bachillerato (39.6%), en familias modernas (57.7%), urbanas (98.1%), en etapa constitutiva (50.9%), nuclear (67.9%), Se observó una buena correlación entre las dimensiones física y mental del SF-12 y SF36 74.7% y 71.4% respectivamente, estadísticamente significativas P<0.05. La correlación entre la dimensión física y mental del SF12 y fue negativa (-0.14).

**Conclusiones:** El SF-12 es un instrumento válido para valorar calidad de vida en pacientes adultos sanos, puede sustituir al SF36 es autoaplicable y corto.

Palabras clave: calidad de vida, SF12, depresión.

## INTRODUCCION

Dado que la práctica médica, tiene como objetivo preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, los clínicos deberían estar capacitados para medir dichos parámetros funcionales, en especial, el grupo de pacientes que tienen enfermedades crónicas, ya que requiere de evaluaciones constantes en relación a la mejoría o al deterioro de su estado de salud funcional.

Es importante reconocer que el concepto calidad de vida es multidimensional, y es la percepción o sensación de bienestar que puede experimentar las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales; la calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social, de ahí la importancia de evaluarla pues representa a los valores sociales imperantes; como es una forma muy subjetiva, es importante realizar estudios que puedan medir la calidad de vida. Hasta el momento actual, los instrumentos para medir la calidad de vida se clasifican en genéricos y específicos, los genéricos son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos pero tienen el riesgo de ser poco sensibles, por lo que su finalidad es descriptiva, los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, estos instrumentos pueden tener mejor rendimiento que los genéricos.

El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden a pacientes con diversas patologías. Para el clínico uno de los múltiples objetivos al evaluar la calidad de vida es establecer el bienestar subjetivo de los pacientes, su capacidad de realizar actividades sociales y su capacidad funcional.

Se han diseñado diferentes instrumentos para medir calidad de vida algunos sin éxito por ser muy largos y difíciles de contestar, los instrumentos más utilizados son el SF 36, validado por Durán Arenas en México que miden 8 escalas, que son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental,



y el SF 12 que es un instrumento corto que deriva del cuestionario de salud SF 36 que lleva menos tiempo su aplicación, por lo que es importante confirmar su validez y confiabilidad para verificar que sea un instrumento reproducible.

## ANTECEDENTES GENERALES

El tema calidad de vida esta presente desde los antiguos griegos (Aristóteles), sin embargo la instalación de este concepto tiene auge en la década de los 90s. En 1966 Donabedian, incorpora el esquema para la evaluación de la salud, mencionando las características de la comunidad, de la organización sanitaria, de los proveedores de salud y de la población, morbilidad, mortalidad, calidad de vida, satisfacción en la atención, sobrecarga familiar y expectativas de vida. <sup>(1)</sup>

En 1948 la organización Mundial de la salud (OMS) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de la enfermedad. Esta definición evolucionó llevando a realizar cuestionarios o instrumentos que generan escalas e índices que permiten medir las definiciones que conforman el estado de salud. Calidad de vida, es la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales “del sentirse bien” <sup>(2)</sup>

El término calidad de vida surge a mediados de los 70 como concepto multidimensional pretendiendo valorar el efecto que tiene la enfermedad sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social. Las dimensiones que son importantes para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud son: el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional. “La calidad de vida es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” <sup>(3)</sup>

La calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, tiende a convertirse en uno de los principales objetivos de la práctica médica. La calidad de vida pasa al ámbito de la

medicina cuando se considera que la enfermedad y las intervenciones del médico influyen tanto sobre la cantidad (supervivencia) como sobre la calidad de vida del paciente, la cantidad de vida es expresada en esperanza de vida en años, tasas de mortalidad, pero la calidad requiere otro tipo de indicadores. <sup>(4)</sup>

Hay numerosos instrumentos para la medición del estado de salud individual, Según Bergner el perfil del Impacto de la enfermedad (MGS), tiene 12 dimensiones que incluye: deambulaci3n, movilidad, cuidado del cuerpo, conducta vigil y emocional (medici3n colectiva y psicosocial), sue1o, descanso, alimentaci3n, condici3n del hogar y recreaci3n o pasatiempo. Un conjunto de mediciones de la CV, pueden incluir; situaciones laborales, carga de trabajo relaciones estresantes, logro educacional, ingresos, nivel de vida, elementos financieros, sociales y demogr1ficos. <sup>(5)</sup>

Un cuestionario, es un proceso estructurado para la adquisici3n de informaci3n a trav3s de determinada serie de preguntas, planeadas, Existen dos tipos de cuestionarios en el contexto calidad de vida relacionado con la salud, los *gen3ricos* y los *específicos*, ambos tipos adquieren y colectan datos fundamentales sobre la calidad de vida, funciones físicas, incapacidad, limitaci3n funcional e intensidad de los sntomas), aspectos sociales (relaciones interpersonales y actividades) factores emocionales (ansiedad, depresi3n y cambios relacionados con la enfermedad y enfermedades). <sup>(6)</sup>

Los cuestionarios gen3ricos son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, son poco sensibles a los cambios clínicos por lo cual su finalidad es descriptiva, los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un padecimiento, para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a trav3s del tiempo. <sup>(7)</sup>

Karnofsky desarrolla la primera escala, En 1948 la cual tena el propósito de definir el estado funcional de los pacientes con padecimientos cr3nicos. Es de 10 puntos desarrollada para pacientes con c1ncer es gen3rica se ha aplicado en enfermedades cr3nicas. Tambi3n

desarrollo una medición para la capacidad física. En 1963 Katz y Cols. Elaboraron un índice de independencia en las actividades de la vida diaria. El SIP (sickness impact profile), y el índice de bienestar que son instrumentos para medir el estado de salud. Un instrumento muy utilizado para medir la calidad de vida es el Medical Outcomes Study (MOS), empleado para medir la calidad de vida en pacientes con sida en tratamiento. Entre las propuestas metodológicas más avanzadas se encuentra la calidad de vida, ajustada por el tiempo libre de síntomas de la enfermedad (Quality time Without Symptoms, Q-TWiST). Estos síntomas pueden ser producto tanto de la enfermedad como de la toxicidad de los medicamentos<sup>(8,2)</sup>

En los años 80, el término calidad de vida se adoptó como concepto que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos orientados hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. En el 2000 en Cuba se aprobó el acuerdo del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, que crea el programa nacional de salud y calidad de vida y la comisión nacional de salud, construyéndose a partir de un enfoque intersectorial por diferentes organismos, estudiando el sedentarismo, alimentación saludable, accidentes, calidad atmosférica, ambiente laboral, calidad del agua, residuos sólidos y líquidos. Desde los trabajos de William Farr en el siglo XIX, la descripción y análisis del estado de salud fueron fundados en medidas de mortalidad y sobre vivencia.<sup>(9)</sup>

En 1993, Cardiel y cols. validaron la versión en español del cuestionario: The health assessment questionnaire disability index (Spanish I AQ-DI) Se aplicó a pacientes con artritis reumatoide, residentes en la ciudad de México y su área metropolitana, demostrando ser un instrumento sensible para detectar cambios así como su utilidad en poblaciones hispanohablantes, la validación y traducción es comparable con la versión original. En 1993 se compararon dos índices, el índice de cambio en función máxima de Mackenzie y de cambio de calidad de vida, ambos índices mostraron aceptabilidad al

cambio, y correlación con la opinión del paciente, sus familiares y el médico tratante ambos podrían usarse en ensayos clínicos. <sup>(10,7)</sup>

En 1994 se compararon las condiciones clínicas y la calidad de vida en 25 pacientes diabéticos con insuficiencia renal terminal, y en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y diálisis peritoneal continua en hospitalización (DPI); el estudio mostró que la calidad de vida del paciente transferido a DPCA mejoró 52% respecto a sus condiciones previas en DPI. <sup>(11)</sup>

En 1996 se validó el cuestionario COOP-Dartmouth para evaluar el estado funcional biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica, encontrando que la calidad de vida se puede medir en forma similar a como se hace en adultos <sup>(12)</sup>

En 1995, en un estudio de 100 pacientes con diabetes tipo II no insulino dependientes, se determinó la relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad, descontrol metabólico, enfermedades asociadas, complicaciones tardías y la calidad de vida en un primer nivel de atención. Los pacientes presentaron moderada afección en su calidad de vida por la presencia de las complicaciones tardías, seguidas del descontrol metabólico, el tiempo de evolución y las enfermedades asociadas. <sup>(13)</sup>

El SF36 instrumento desarrollado por Ware, de auto aplicación y validado en Morelos, México por Duran Arenas, consta de 36 preguntas, evalúa aspectos de la calidad de vida en población adulta mayor de 16 años. Genera ocho dimensiones diferentes de la calidad de vida relacionadas con la salud, incluyendo funcionamiento físico, desempeño físico, desempeño emocional, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, salud mental y percepción general de la salud. En el cual se estiman dos componentes de calidad de vida relacionada con la salud, el físico y el mental. Hay seis versiones de este cuestionario. Se ha utilizado en investigaciones clínicas y específicas. Alonso y Cols. Informaron sobre la validez y la confiabilidad de una versión en castellano (para usarse en España) a partir de

un estudio hecho en 46 pacientes con cardiopatía coronaria estable. Se ha demostrado que es consistente con todos los supuestos de validez y confiabilidad en forma satisfactoria. <sup>(14-15)</sup>

La forma corta de medición SF12, deriva del SF36 y ha sido demostrado ser confiable y validado en la clínica, en poblaciones estudiadas de Estados Unidos y otras ciudades, este instrumento ha sido demostrado por 8 subescalas de salud, funcionales y con diferenciación mayor entre grupos conocidos, también difieren en la presencia de diversas condiciones físicas y mentales, síntomas agudos, edad, estado de salud y depresión. <sup>(16)</sup>

M. Cosals y D. Samper, describe y analiza la epidemiología, clínica y calidad de vida en pacientes con dolor neuropático no maligno en el estudio (Impact of Analgesic Treatment on Quality of Life in Alias) ITACA. El ITACA fue un estudio prospectivo observacional multicéntrico fármaco epidemiológico, realizado en el 2001, utilizaron la escala visual analógica, para analizar el impacto del dolor sobre el sueño se utilizó una escala de calidad de sueño (ECS), el SF12 en versión española para el análisis de la calidad de vida. Observando que existe una relación entre el dolor y el grado de afectación de la calidad de vida, con mayor repercusión en el índice físico. <sup>(17)</sup>

Las medidas de calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) evalúa a pacientes, sus síntomas su función y su satisfacción con su estado de salud, estas medidas han sido validadas en pacientes con enfermedades reumáticas. El HRQOL incluye la satisfacción de una persona y su estado de salud actual los datos son proporcionados por los pacientes, sus síntomas, dificultad para realizar sus tareas y la valoración de salud son subjetivas. El SF12, una forma corta del estado de salud Genérico SF36, fue encontrado ser moderadamente sensible al cambio mismo, informado en el estado de espondilitis. <sup>(18)</sup>

Daniel L. Hable, compara la sensibilidad y la conversión del SF36 y el Physical Component Summary Scores (PCS) del SF36 y el SF12 en paciente con lumbalgia. Un

segundo propósito fue determinar si el SF12 podría sustituir al SF36 cuando se toman decisiones alrededor de pacientes individuales. Los SF36 fueron completados por los pacientes y los SF12 fueron extraídos de los SF36. El poder estadístico fue adecuado para descubrir una diferencia conocida para ser clínicamente importante en pacientes con Artritis Reumatoide. La correlación entre el PCS-12 y el PCS-36 es  $r=0.95$  diferencias que probablemente sean más pequeñas que las reportadas por Tugwell. Taylor y Cols. Describieron los cambios del PCS-36 obtenidos en 56 pacientes con lumbalgia, no se encontró diferencia significativa en la comparación entre PF-36. PCS-36 PCS-12. <sup>(19)</sup>

En este estudio se evaluó la confiabilidad y validez de los estudios médicos, short form 12- ítem, health Survey (SF-12) en personas con enfermedad mental. En los estudios se ha apoyado la confiabilidad del SF36 en personas psiquiátricas, con depresión mayor, esquizofrenia, enfermedad bipolar y en personas mentalmente enfermas sin casa ni hogar. La evidencia apoya la validez del SF36 en personas con SMI. Ware y Cols. Encontraron que el componente físico (MCS) y PCS del SF12 esta altamente correlacionados con los respectivos componentes del SF-36. La escala de salud SF12 era buena con correlaciones sobre un periodo de 2 semanas de 0.89 (PCS) y 0.76 (0.76). Es mas los componentes diferenciaron grupos de pacientes con éxito, con diferencias clínicas conocidas en salud física y mental. SF12 parece ser una herramienta prometedora para la evaluación breve de la reserva mental global y la salud física en poblaciones medicas generales. En este trabajo se concluyó que el SF12 parece ser un instrumento psicométrico para medir calidad de vida relacionada con la salud en gente con SMI (Enfermedad Mental Severa). <sup>(20)</sup>

Este estudio deriva una medida de salud basado en el SF12 para el uso en una evaluación económica y compararlo con el original SF36. El SF-12 fue revisado dentro de una escala de clasificación de salud (SF6D SF12) basada En proceso de selección de ítems para disminuir la perdida de información. Una muestra de 241 estados definida por los SF-6D (de 7500) ha sido valorada por una muestra representativa de 611 miembros del Reino Unido en la población general. Se estiman modelos de la relación entre los SF-6D (SF-12)

y SG (juego estándar) valorada y evaluada en términos de sus coeficientes, ataque global, y la habilidad para predecir valores de SG por todos los estados de salud. Los modelos han producido coeficientes significantes para los niveles de los SF-6D (SF-12), las cuales tienen una especificación fuerte. Los coeficientes son similares a la versión SF-36. En cuanto al SF-36, hay evidencia sobre predicción del valor de los estados de salud más pobres. Concluyéndose que el SF-12 es una herramienta útil para los investigadores y fabricantes de la política que desean evaluar el costo-efectividad de intervenciones. Los resultados, proporcionan una manera de estimar un solo índice de preferencia basada en el futuro SF12 banco de datos. También ofrece una alternativa de la preferencia basado en la existencia de medidas, como los EQ5D o los HUI3. El SF12 proporciona una descripción mejor del impacto de intervención en el Cuidado de la salud. <sup>(21)</sup>

El SF12 versión hebrea, evaluó las propiedades psicométricas de los 12 ítems, en 3631 adultos seleccionados por depresión en un estudio longitudinal en Israel. El SF12 arrojó 2 resultados el del componente físico PCS y el mental MCS, para compararlos en el centro de estudios epidemiológicos. Escala de depresión (ESD) y dos subescalas de 90 ítems de la escala de síntomas Hopkins (SCL90) Escala de depresión de calidad de vida (QLDS) y la medida de calidad de vida de la OMS-Bref (WHOQoL) Los resultados arrojan que la distribución de los puntos fue satisfactoria, la cantidad de datos que se perdieron fue mínima y las correlaciones de ítem a ítem fueron satisfactorias. Un factor de análisis confirmatorio apoyo los 2 modelos dimensionales de la salud. La confiabilidad prueba-reprueba fue buena en ambas. En una población sin depresión y para PCS-12 en la población depresiva, pero sólo moderada para MCS-12 correlacionó negativa y significativamente con el CES-D. QLDS y SCL-90 subescalas de ansiedad y positiva y significativamente con los 4 dominios de WHOQoL-Bref. Se estableció una validez discriminativa para ambos PCS y MCS-12 mostraron tamaños de efectivo significativo entre los grupos con varios grados de problema de salud física y mental, la sensibilidad al cambio se estableció en que ambos resultados de cambio entre el PCS-12 y el MCS-12 fueron significativamente diferentes en sujetos que hubieron estado deprimidos pero no



mucho como los que se compararon con aquellos que todavía no estuvieron deprimidos durante el estudio. Se concluye que el SF12 – Versión Hebrea es una medida valida y confiable, particularmente en una población no deprimida <sup>(22)</sup>.

En Isabel Coté se pretendió evaluar la adherencia al tratamiento relacionado HRQL son dos conceptos distintos, generalmente se esperaría una relación positiva entre los dos. El HRQL se midió utilizando el RAND-12 (PCH-12, MHC-12), EL SF12 (PCS-12, MCS-12), HV12 Y HV13. La adherencia se evaluó utilizando el instrumento de Morisky. Se usaron 3 series de datos longitudinales, hipertensos, pacientes con alto riesgo de la comunidad y ancianos, se uso la correlación de Spearman para evaluar la asociación. Los subgrupos de análisis del tipo de medicamentos y los análisis Inter. Temporal se llevaron a cabo. Los resultados demostraron que la correlación entre la adherencia y el PHC-12 RANGO 0.08 ( $p=0.26$ ) a 0.22 ( $p. <0.01$ ) resultados fueron observados usando HVI-2 HVI-3 Y SF12. Al igual por el tipo de medicación y en análisis retardado. La correlación entre HRQL y la adherencia al tratamiento fue positiva. <sup>(23)</sup>

J. Paul en su estudio notó los efectos del fumar sobre el estado físico funcional. Tomando una muestra de 34,288 personas de 30 a 91 años de edad en 1996-1997. El número de cigarros fumados al día se calculó a través del precio de los mismos por el estado donde vivía el sujeto. El resultado fue un estado funcional físico y se midió con un índice físico funcional SF12, en los resultados se observó que los cigarros estaban fuertemente y negativamente asociado con el índice SF12  $8P>0.01$ ; el precio del cigarro estuvo fuertemente y negativamente asociado con el índice SF-12 en regresión lineal y regresión tobit ( $p=0.47$  y  $P=21$ ) llegándose a la conclusión de que los coeficientes apreciados del cuarto método demostró que el efecto de fumar en estado físico funcional era sustancialmente más grande de lo que se esperaba que resultara en métodos convencionales. El tipo de medida de salud es una de las más populares de función física, sumario componente físico del SF12. <sup>(24)</sup>

Jonson, Jeffrey, evaluó la validez del EQ-5D y compara las respuestas con el SF-12 en la población Adulta en Alberta Canadá, la información se obtuvo por e-mail a 4,200 personas

elegidas al azar, aplicándose los cuestionarios de salud EQ-5D y SF12. Las respuestas que indicaron problemas de salud sobre el EQ5-D fueron significativamente más bajas que el SF12, la relación entre las dimensiones funcionales del EQ-5D y el PCS-12. El EQ5-D estuvo positivamente correlacionado con el SF-12  $r=0.68$  para el PCS-12 ( $P<0.01$ ) y  $r=0.38$  para el MCS-12 ( $P<0.01$ ). El EQ-5D fue también positivamente correlacionado con la suma:  $r=0.66$  para el PCS-12 ( $p<0.01$ ), y  $r=0.41$  para el MCS-12 ( $p<0.01$ ). La combinación del EQ-5D y SF12 tienen una amplia cobertura en las dimensiones de salud y genera medidas de salud para una variedad de aplicaciones<sup>(25)</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La evaluación de encuestas que integran la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana ha sido objeto de interés. La rigurosidad psicométrica de los instrumentos ha permitido la incorporación del concepto de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, la calidad de vida se mide con la función física, estado psicológico, función e interacciones sociales, así como, síntomas físicos. Para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países, se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inició el proyecto conocido como "Evaluación Internacional de la Calidad de vida" (internacional Quality Of. life Assessment Project, IQLA) para la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF 36 (Short Form 36), este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos, donde se demostró su validez y confiabilidad. El SF12 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario estos conceptos son: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El instrumento SF 12 deriva del SF 36, ha demostrado ser confiables, el SF 36 ha sido validado en muchos países, incluyendo México, no obstante el SF 12, no ha sido empleado aun en nuestro medio, dado lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta.

**¿CUÁL ES LA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF12 EN DERECHOHABIENTES DE UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DEL IMSS?**

## JUSTIFICACION

Debido a que la calidad de vida ha venido cobrando importancia por la mayor sobrevivencia de la población y el mayor número de personas con algún grado de discapacidad y de enfermedades crónicas. Dado que el 80% de los recursos de atención a la salud se destinan a enfermedades crónicas, es importante evaluar la mejoría de la salud de los pacientes con este tipo de padecimientos, y no sólo para pacientes con enfermedades crónicas sino para la población en general, es por eso que se deben desarrollar instrumentos que en su medición, incluyan dimensiones fisiológicas, psicológicas y sociales. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuáles ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud. En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro. Recientemente ha cobrado impulso el desarrollo de índices clinimétricos, que pretenden obtener informaciones confiables de la calidad de vida de los sujetos. Para que un índice resulte satisfactorio debe contar con ciertas características: ser válido, reproducible, con suficiente sensibilidad y fácil de usar, estos instrumentos deben verse como una herramienta más para el clínico para la atención integral del paciente estos se han diseñado con diversos propósitos, comparar el estado de salud entre poblaciones y para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas para modificar los síntomas y función física a través del tiempo. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Se han realizado diversos instrumentos que miden calidad de vida relacionada con la salud en diferentes países, como se puede observar en este trabajo, El estudio de la calidad de vida es un amplio campo que ha sido poco

explorado en México, además, de que no se ha empleado el SF 12, El propósito del siguiente trabajo es validar el cuestionario de Salud SF12- debido a que es un cuestionario corto, del cual no se tiene experiencia en México.

## **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la validez y confiabilidad del cuestionario general de salud versión corta (SF-12) en pacientes que reciben atención en el primer nivel de atención.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Determinar la confiabilidad interna del cuestionario general de salud versión corta (SF-12).

2. Determinar la confiabilidad prueba- re prueba del cuestionario general de salud versión corta Short form 12 (SF-12)

3. Determinar la validez concurrente del cuestionario general de salud versión corta (SF-12):

3.1 Cuestionario Short form 36 (SF-36).

4. Determinar la validez divergente del cuestionario general de salud versión corta (SF-12) con: El Inventario de depresión de Beck.

## **MATERIAL Y METODOS:**

### **Diseño:**

Por su dirección: Transversal

Propósito: Comparativo (calidad del proceso).

Tipo de agente: Estudio de proceso.

Por asignación del agente: Escrutinio.

**POBLACION DIANA:** Todos los pacientes adultos que acudan a consulta a la Unidad médica familiar 1 del IMSS en la Ciudad de Orizaba, Delegación Veracruz Sur.

**POBLACION EN ESTUDIO:** Adultos jóvenes que acudan a la UMF 1, que cumplan con los criterios de selección del estudio.

**LUGAR DEL ESTUDIO:** Orizaba, Veracruz delegación Veracruz Sur.

**PERIODO DEL ESTUDIO:** DE 1º. Abril del 2005 al 31 de diciembre del 2006

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

#### **CRITERIOS DE INCLUSION**

Derechohabientes de la UMF No. 1

Edad 18 -60 años

Que acepten contestar la encuesta.

Que sepan leer y escribir.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Que tengan alguna patología crónica.

Patología incapacitante

Con diagnóstico y tratamiento por depresión

Con discapacidad auditiva.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

- Todos aquellos pacientes que no contesten completamente los cuestionarios aplicados.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Para determinar la confiabilidad interna del cuestionario General de Salud versión corta SF-12) se utilizaron 240 pacientes (20 por cada ítem del instrumento) (Concato and Feinstein 1993).

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Se realizó un análisis estadístico univariado con medidas de tendencia central y desviación para variables cuantitativas y frecuencias simples y relativas para variables cualitativas.

La confiabilidad interna del cuestionario no se pudo realizar mediante el análisis estadístico alfa de cronbach ya que las variables del cuestionario SF12 no se pudieron dicotimizar.

La confiabilidad Test- Retets, validez concurrente y validez divergente se realizó mediante correlación de Pearson.



## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

### VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES	Tipo de variable	Definición conceptual.	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Número de años vividos hasta el momento del registro.	Discreta	Años cumplidos
Sexo	Cualitativo	Clasificación de hombre y mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos características anatómicas y cromosómicas.	Son características físicas que diferencian a un hombre de una mujer.	Nominal.	Femenino. Masculino.
Estado civil	Cualitativa	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Es la circunstancia del individuo que depende para cumplir sus derechos.	Nominal.	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
Ocupación	Cualitativa	Trabajo que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Trabajo que desempeña al momento del estudio	Nominal	Estudiante Ama de casa Obrero Campesino Empleado de comercio Empleado de gobierno Comerciante Profesional
Escolaridad	Cualitativa	Duración de los estudios en un centro docente.	Tiempo de estudios realizados por el individuo hasta el	Nominal.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria Secundaria

			momento del registro.		Preparatoria o Carrera técnica Profesional
Jefe de la familia	Cualitativa	Es el miembro de la familia que aporta el mayor ingreso al gasto familiar	Es el miembro de la familia que aporta el mayor ingreso al gasto familiar al momento del registro	Nominal	Entrevistado Esposo(a) Padre Madre Familiar directo.
Nivel socioeconómico	Cuantitativa	Condición de equivalencia o igualdad que guardan los individuos en relación con sus bienes	Esta dado por el numero de salarios mínimos que gana diarios el jefe de familia	Ordinal	Muy bajo Bajo Medio Medio alto Alto(Quiblera 1994)(49)
Patología por la acuden a consulta	Cualitativa	Conjunto de sintomas que Diagnostican una enfermedad	Enfermedad, que fue la causa de la consulta en el momento del estudio	Nominal	Aguda Crónica
Desarrollo familiar	Cualitativa	Grupo de personas que desempeñan algún papel dentro o fuera del hogar y que permanecen juntas	Grupo de personas que realizan el papel de apoyo económico a la familia al momento del estudio.	Nominal	Moderna Tradicional
Estructura familiar	Cualitativa	Grupo de personas unidas por un parentesco, que viven juntas, conjunto de individuos que tienen una condición	Grupo de personas consanguíneas o no que viven en una sola vivienda	Nominal	Nuclear Extensa Compuesta

		común			
Desarrollo comunitario	Cualitativa	Grupo de personas que radican en un área geográfica determinada	Grupo de personas que viven en un lugar con o sin los servicios básicos y de comunicación en el momento del estudio	Nominal	Urbana Rural
Ciclo vital	Cualitativa	Son las etapas que corresponden a la historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución	Fases de la etapa del ciclo vital familiar, que se obtenga al momento del estudio	Ordinal	Constitutiva Expansión Dispersión Independencia Familiar final

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

### DEPENDIENTE.

Variables	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicadores
Calidad de vida	Cuantitativa	es la percepción o sensación de bienestar que puede experimentar las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales.	Es la percepción del individuo de cómo se siente en el momento del estudio	SF 12	Excelente Muy buena Buena favorable Mala

## PROCEDIMIENTO

Se realizó la traducción del Cuestionario General de Salud SF12 y se le dio a revisión a una persona experta en el idioma, posteriormente se efectuó un estudio piloto en la Unidad de Medicina Familiar No. 1, en 20 pacientes que acudieron al servicio de Consulta Externa, para evaluar la comprensión de los reactivos por los pacientes, efectuando las modificaciones necesarias para la adecuación del cuestionario. Se seleccionaron los pacientes de manera aleatoria en la Unidad de Medicina familiar No. 1 del periodo comprendido de abril a diciembre del 2006, Se realizó entrevista directa y aplicación de los instrumentos de medición (índices clinimetricos), a los pacientes que aceptaron participar en el estudio y que contaron con los criterios de inclusión. Los datos obtenidos fueron capturados en una base de datos (d base III) diseñada específicamente para el estudio, se Analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS.

### Índices Clinimetricos:

SF-12. El formato SF12 consta de 12 ítems, que evalúa 9 dimensiones función física, salud emocional, actividad física, rol físico, dolor, salud, salud mental, vitalidad y función social, este cuestionario deriva del Cuestionario de salud SF 36.

### Cuestionario General de Salud:

Encuesta de salud SF-36 (Short form 36 health survey).

La encuesta del estado de salud es un instrumento multidimensional de salud que evalúa calidad de vida en adultos (mayores de 16 años). Es un instrumento auto aplicado, contiene 36 preguntas que miden 8 dimensiones de salud (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental), y una

dimensión de percepción del estado de salud en el año anterior y en el actual. Por puntuaciones de la escalas que van de un rango de 0 a 100, los promedios altos indican mejor funcionamiento y bienestar (Ware 1992, Jacobson 1994).

Versiones diferentes del SF-36 han sido utilizadas en pacientes con una variedad de padecimientos (Jacobson 1994).

Anderson (1997) en un estudio realizado en pacientes diabéticos no insulino dependientes reporta una confiabilidad del instrumento con un alpha de Cronbach de .69 a .95

Glasgow (1997) utilizó una versión corta del SF-36, llamada SF-20 (con alta confiabilidad en pacientes con enfermedades crónicas) para medir calidad de vida, en pacientes estadounidenses diabéticos.

En 1999 se reportan los resultados preliminares de la validación de SF-36 en una muestra de pacientes del Sureste de México, con una validez convergente de los ítems en general de 0.40, la confiabilidad se obtuvo mediante la consistencia interna de los cuestionarios con un coeficiente de Cronbach de 0.56 a .84 (Zúñiga 1999).

Inventario para Depresión de Beck (IDB).

Este instrumento consta de 21 apartados que evalúan categorías sintomático-conductuales observadas en los pacientes con depresión. Cada apartado contiene 4 aseveraciones que describen el espectro de severidad de la categoría evaluada, se mide a través de una escala de Likert, que va desde ausencia del síntoma (0) hasta la máxima severidad del síntoma (3). El instrumento es autoaplicable, mide el estado por el que atraviesa el entrevistado en la última semana anterior a su aplicación (Torres Castillo 1991).

Las categorías de síntomas y actitudes son: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, sentimiento de culpa, sensación de castigo, auto aceptación, auto acusación, ideación suicida, llanto, irritabilidad, aislamiento, indecisión, imagen corporal, rendimiento

laboral, trastornos del sueño, fatigabilidad, apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de peso (Beck 1961).

Beck y col. reportan una correlación de 0.7 entre los puntajes obtenidos en el IDB y el grado de severidad de la depresión asignado por los clínicos. Nielsen y Williams informan una sensibilidad del IDB de .79 y una especificidad de 0.77 con un punto de corte de 13 (referido en Torres Castillo 1991).

## **RECURSOS**

### **Humanos**

- 1 médico residente de medicina familiar
- 2 Maestros en Ciencias.
- 5 Encuestadores (pasantes de enfermería o medicina)

### **Materiales**

Hojas de papel bond tamaño carta

Un escritorio

Lápices

Un equipo de cómputo

Borradores

Bolígrafos

USB

Disco CD RW.

Lápiz corrector

Engrapadora

Lápiz marca texto

Fólderes

## **FINANCIEROS**

Recursos del investigador.

Recursos del Instituto



## ÉTICA

El presente trabajo se sometió a la aprobación por parte del comité de Ética e Investigación del IMSS del HGRO No. 1

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.

El estudio se basó en los 12 principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial-Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas-Adoptada por la 18 Asamblea Médica mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médico Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

## RESULTADOS.

Se encuestaron 240 pacientes (20 por cada ítem del instrumento) (Concato and Feinstein 1993)

En cuanto al lugar de residencia, el 66.2% (159) radica en Orizaba, 21.2% (51) Ixtaczoquitlán, 1.7% (4) Rafael Delgado, 1.7% (4) Tlilapan, 1.6% (4) Río Blanco, 1.3% (3) Sumidero, 0.8% (2) se presentó en cada uno de los municipios de Jalapilla, Mariano Escobedo, Moyoapan y Tequila; y 0.4% (1) viven respectivamente en Atlahuilco, Fortín, Huatusco, Ixhuatlancillo Zongolica, Tuxpanguillo, San Andrés Tenejapan.

La media de edad fue de 29.38 con una desviación Estándar de 8.22.

La frecuencia de depresión fue de 22.1% (53 pacientes). De acuerdo a la puntuación obtenida en el cuestionario de Beck, la media fue de 8.57 con una Desviación Estándar de 7.9 (mínimo de 0 y máximo de 43). Tabla I

De los pacientes deprimidos, el mayor número se presentó en el grupo de 21 a 29 años (41.5%) seguidos del grupo de 30 a 39 años (22.65%), de 40 y más (18.86%) y por último el de menor de 20 años (16.9%). GRAFICA 1

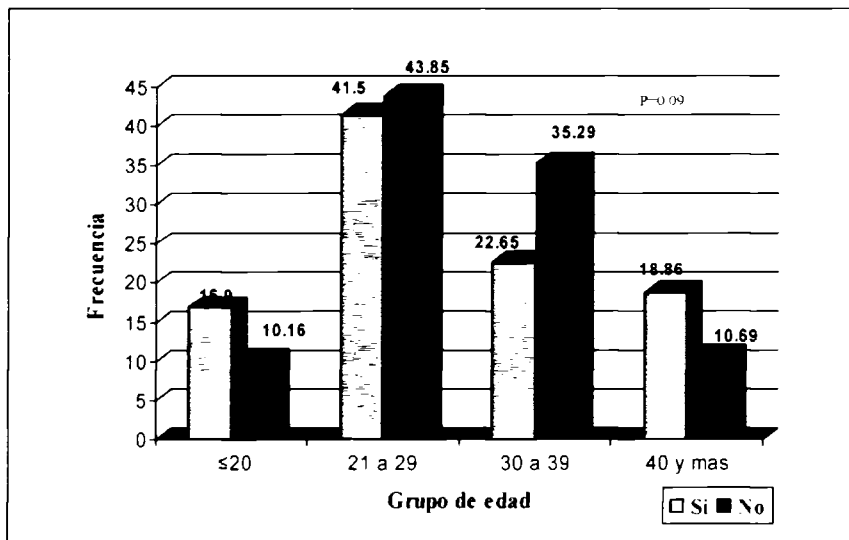
De acuerdo al estado civil, se observó mayor frecuencia de depresión en pacientes casados 28 (52.8%), seguidos de los solteros 14 (26.4%). En relación a la ocupación, las mujeres dedicadas a labores del hogar presentaron la mayor frecuencia de depresión 19 (35.8 %) y en segundo lugar las empleadas de comercio 12 (22.6%), Respecto al nivel socioeconómico, el medio presentó mayor Depresión 19(35.8%). La escolaridad de bachillerato fue la más afectada 21 (39.6%), esto probablemente porque el mayor número de personas encuestadas presentaron estas características. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Tabla II)

**TABLA I**  
**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN**

	N	%	— X= 8.57 Min. 0 Max. 43 DE 7.9
DEPRIMIDOS	53	22.1	
NO DEPRIMIDOS	187	77.9	
TOTAL	240	100	

Fuente: cuestionario BECK

**GRAFICA I**  
**FRECUENCIA DE DEPRESION POR GRUPO DE EDAD**



Fuente: Inventario de Beck, cuestionario variables sociodemográficas

**TABLA II**

**FRECUENCIA DE DEPRESION Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS**

		DEPRESION				TOTAL	
		SI	%	NO	%		P
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado	28	52.8	103	55.08	131	0.295
	Unión Libre	7	13.2	22	11.76	29	
	Soltero	14	26.4	58	31.01	72	
	Separado, viudo o divorciado	1	1.8	0	0	1	
	Total	53	22.1	187	77.9	240	
	<b>Ocupación</b>	Campesino	2	3.77	2	1.0	4
Obrero		6	11.3	12	6.4	18	0.575
Comerciante		1	1.88	3	1.6	4	
Empleada de comercio		12	22.6	33	17.6	45	
Empleado de gobierno		2	3.77	12	6.4	14	
Técnica		1	1.88	6	3.2	7	
Profesionista		5	9.43	34	18.1	39	
Labores del Hogar		19	35.8	62	33.1	81	
Estudiante		5	9.43	23	12.2	28	
Total	53	22.1	187	77.9	240		
<b>Nivel socioeconómico</b>	Muy bajo	2	1.0	4	2.1	6	
	Bajo	15	28.3	35	18.7	50	0.312
	Medio	19	35.8	60	32.0	79	
	Medio alto	5	9.43	21	11.2	26	
	Alto	12	22.6	67	35.8	79	
Total	53	22.1	187	77.9	240		
<b>Sedentarismo</b>	Activo	39	73.5	135	72.1	174	
	Pasivo	14	26.4	52	27.8	66	0.495
	Total	53	22.1	187	77.9	240	
<b>Escolaridad</b>	Analfabeta	0	0	1	0.5	1	
	Primaria	10	18.8	14	7.4	24	0.29
	Secundaria	17	32.0	44	23.5	61	
	Bachillerato	21	39.6	58	31.0	79	
	Profesionista	5	9.4	70	37.4	75	
	Total	53	22.1	187	77.9	240	

De acuerdo al desarrollo familiar se encontró mayor frecuencia de depresión en familias modernas 29 (57.7%), las que viven en medio urbano en comparación con las de medio rural 52(98.1%), de constitución nuclear 36 (67.9%) y en etapa constitutiva de acuerdo al ciclo vital de la familia 27(50.9%), notando también que el mayor número de personas encuestadas cuentan con estas características. (TABLA III)

**TABLA III**

**FRECUENCIA DE DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR**

DESARROLLO FAMILIAR		DEPRESION				TOTAL	
		SI	%	NO	%		P
DESARROLLO FAMILIAR	Moderna	29	54.7	89	47.5	118	0.224
	Tradicional	24	45.2	98	52.4	122	
	Total	53	22.1	187	77.9	240	
Desarrollo comunitario	Urbano	52	98.1	181	96.7	233	0.518
	Rural	1	1.88	6	3.2	7	
	Total	53	22.1	187	77.9	240	
Estructura Familiar	Nuclear	36	67.9	143	76.4	179	0.094
	Extensa	5	9.4	24	12.8	29	
	Extensa compuesta	12	22.6	20	10.6	32	
	Total	53	22.1	187	77.9	240	
Etapa del ciclo vital de la familia	Constitutiva	27	50.9	59	31.5	86	0.079
	Expansión	16	30.1	83	44.3	99	
	Dispersión	9	16.9	42	22.4	51	
	Independencia	1	1.8	3	1.60	4	
	Total	53	22.1	187	77.9	240	

Fuente; Inventario de Beck y cuestionario sociodemográfico.

Al evaluar las puntuaciones del cuestionario SF12, se encontró una media de 44.77 en lo que respecta al componente físico y de 39.26 en relación al componente mental, lo cual nos habla de que la población estudiada percibe que no se encuentra gozando de buena salud en estos dos componentes, ya que a mayor puntuación (0 a 100) mejor funcionamiento físico y mental. Tabla IV

**TABLA IV**  
**Medias de las dimensiones física y mental del SF-12**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Escala de componente físico	240	19,73	58,82	44,7774	7,24452
Escala de componente mental	240	8,88	55,47	39,2654	9,20825
N	240				

Fuente: Cuestionario de Salud SF-12

Al evaluar el cuestionario SF36 se encontró una media de 47.07 para el componente físico, y 36.85 para el componente mental, lo cual nos indica de que la población estudiada no se encuentra gozando de buena salud, ya que a mayor puntuación (0-100) mejor bienestar físico y mental. Haciendo notar también que los resultados obtenidos en SF-36 son muy parecidos a los del SF-12.

**TABLA V**  
**MEDIAS DE LOS COMPONENTES FÍSICO Y MENTAL DEL SF-36**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Escala del componente físico	240	23,02	66,94	47,0782	6,81282
Escala de componente mental	240	7,51	53,52	36,8564	8,62923
N	240				

Fuente: Cuestionario SF-36

Al correlacionar los puntajes de las dimensiones física y mental del SF-12 y SF-36 se encontró una buena correlación 73.7% y 71.4% respectivamente, siendo ambas estadísticamente significativas  $P < 0.05$  (Tabla VI)

**TABLA VI**

**VALIDEZ CONVERGENTE DE LAS DIMENSIONES Y FÍSICA Y MENTAL DEL SF-12 Y DEL SF-36**

		PCS_SF36	MCS_SF36
PCS_SF12	Correlación Pearson	,737(**)	,064
	Sig. (2-tailed)	,000	,322
	N	240	240
MCS_SF12	Correlación Pearson	,212(**)	,714(**)
	Sig. (2-tailed)	,001	,000
	N	240	240

Fuente: Cuestionario de Salud SF12- SF36

La correlación entre la dimensión física del SF-12 (-.252) y la dimensión mental del mismo cuestionario fue negativa (-.614). Esto se explica porque con el SF-12 a mayor puntaje, mejor esta el paciente y con el Inventario de Beck a menor puntaje mejor condición mental del paciente. (Tabla VII)

**TABLA VII**

**VALIDEZ DIVERGENTE DEL SF-12 CON EL PUNTAJE TOTAL DEL BECK.**

		PCS_SF3 6	MCS_SF3 6	PCS_SF 12	MCS_SF 12
Beck Total	Correlación Pearson	-,301(**)	-,502(**)	-,252(**)	-,614(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	240	240	240	240

Fuente: SF-12, SF-36, Inventario de Beck.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se observó una frecuencia de depresión en pacientes sanos de 18 a 60 años del 22.1%, esta frecuencia es alta, si se considera que todos los individuos encuestados, aparentemente estaban sanos físicamente, lo cual manifiesta que pocas veces se le da atención al aspecto mental, mismo que debe tomarse en cuenta durante la atención médica.

Se observó mayor depresión en pacientes casados, dedicados a labores del hogar, de medio socioeconómico medio, activos, con escolaridad bachillerato, esto pudo deberse a que la mayoría de los pacientes presentaban estas características, sin embargo, si lo traspolamos a la vida diaria, el hombre casado, puede estar más deprimido por toda la carga de responsabilidad, la mujer que se dedica a las labores del hogar y que no tiene un distractor, su autoestima puede estar disminuida y si a esto se le agrega la falta de atención del esposo y los problemas familiares, estos serían factores desencadenantes de depresión.

La dinámica familiar también se encontró como un factor desencadenante de Depresión, esto probablemente por los nuevos estilos de vida, ya que la mayor frecuencia se observó en familias nucleares, de medio urbano y en etapa constitutiva, donde los padres tienen una carga laboral y familiar importante y los hijos pocas veces platican o se comunican con ellos ampliamente.

No se pudo determinar la confiabilidad interna con alfa de Cronbach del cuestionario de salud SF12 dado que las variables del cuestionario no se pueden dicotimizar.

La validez convergente entre el Cuestionario de Salud SF12 y SF-36 en su componente físico y mental fueron buenas.

Al evaluar la validez divergente del SF12 y el Beck total se encontró una correlación negativa, esto explica que a mayor puntaje del SF-12 mejor se encuentra el paciente, y con el Inventario de Beck a menor puntaje mejor condición mental tiene el paciente.

Por lo anterior, se puede concluir que el Cuestionario de Salud SF-12 es válido para valorar calidad de vida en pacientes adultos sanos, además de que puede ser autoaplicable, es corto, y puede sustituir al SF36.



12. López-García Gloria y cols. Validación del Cuestionario COOP-Darmouth para evaluar estado funcional biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica. *Bol. Med. Hosp. Infant Mex*, 1996; 53 (12): 606-615.
13. García-Peña M, Reyes-Morales H, Garduño-Espinoza J, Fajardo-Gutierrez A, Martínez-García C. La calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados. *Rev. Med. IMSS*, 1995; 33: 293-298.
14. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de Calidad de Vida relacionada con la Salud mediante el formato corto 36. *Salud Pública de México*. 2004; 46 (4): 306-315.
15. Zúñiga M, Carrillo-Jimenez G, Gandek B, Medina M, Moreno M. Evaluación del Estado de Salud con la encuesta SF-36: Resultados preliminares en México. *Salud Pública de México* 1999; 41(2): 110-118
16. Larson C. Use of the SF-12 instrument for measuring the health of homeless persons. (*Methods*) 2002
17. Casals M, Samper D. Epidemiología, Prevalencia y Calidad del dolor Crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev.Soc. Esp.Dolor*. 2004;11(1): 260-269
18. Ward M. Outcome measurement: Health status and quality of life. *Epidemiology and Health –related services*. 2004; 16: 96-101
19. Riddle D, Lee K, Stratford P. Use of SF-36 and SF-12 Health Status Measures A quantitative Comparison for groups versus individual patients. *Med Care*. 2001; 39 (8): 867-878.
20. Salyers M, Bosworth H, Swanson J, Pagone J, Osher F. Reliability and validity of the SF-12 Health Survey Among people with severe mental illness. *Med Care*. 2000; 38 (11): 1141-1150.
21. Brazier J, Roberts J. The estimation of a Preference-Based Measure of Health from the SF-12. *Med care*.2004; 42 (9): 851-859
22. Amir M, Lewin Epstein N, Becker G, Buskila D. Psychometric properties of the SF-12 (Hebrew Version) in a Primary Care Population in Israel. *Med care*. 2002; 40 (10): 918-928.
23. Cote I, Farris k, Feeny D. Is adherence to drug treatment correlated with health related quality of life?. *Khover Academic Publishers*. 2003; 12: 621-633.

24. Leigh P, Schembri M. Instrumental variables technique: cigarette price provided better estimate of effects of smoking on SF-12. *J. Clin Epidemiol.* 2004; 57: 284-293.
25. Jeffrey J, Pickard, BScpharm S. Comparison of the EQ-5D and SF-12 Health Surveys in a General Population Survey in Alberta, Canada. *Med care* 2000; 38: 115-121.
26. Garcia-Pérez R, Pérez-González R, Landrove-Rodríguez O. Calidad de vida e indicadores de Salud. Cuba, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y microbiología, 2001-2002

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Elaboración de protocolo								X 2005	X 2005	X 2005	X 2005	X 2005
Registro	X 2005	X 2006										
Recolección de los datos			X 2006	X 2006	X 2006	X 2006	X 2006	X 2006	X 2006	X 2006		
Elaboración de los datos										X 2006		
Análisis de los datos											X 2006	
Redacción del escrito												X 2006
Difusión de los datos	X 2007											

## BIBLIOGRAFIA

1. Concato J, Feinstein AR, Holford TR. The risk of determining risk with multivariable models. *Annals of Internal Medicine*. 1993; 118: 201-210.
2. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc. Enferm*. 2003; 9 (2)
3. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida: Salud Pública de México. 2002; 44 (4): 349-360
4. Soto M, Fialde I. Calidad de Vida relacionada con la salud, como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev.Soc. Esp. Dolor*. 2004; 11: 505-514.
5. Lara-Muñoz M, Ponce de León S, Ramón de la Fuente J. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con Cáncer. *Rev. Invest. Clin*. 1995; 47(4): 315-327
6. Lugo-Alonso J, Barroso-Alvarez M, Fernández-Garrote L. Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología. *Rev. Cub. Oncol*. 1996; 12(1)
7. Blasco-Sarramian A. XX Alergonorte Meeting. *Alergol Inmunol Clin*. 2001;16: 239-263
8. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones Metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México*. 2002;44 (5) 448-463
9. Sánchez-Nuncio H, Díaz-Infante C, Casarrubias-Ramírez M, Martínez-García E, Garduño-Espinoza J. Medical outcomes Study Modificado. Validación para evaluar la calidad de vida del paciente con Sida. *Rev. Med. IMSS*. 2002; 40 (3): 197-201.
10. Guzmán J, Ponce de León S, Pita-Ramírez L, Castillo-Rentería C, Pérez-Pimentel L. El cambio en la calidad de vida como indicador de curso clínico de la enfermedad. Comparación de dos índices. *Rev Invest Clin* 1993; 45: 439-453.
11. Becerril-Patlán R, Salmerón-Castro J, Ramírez-García E, Belio-Caro F. Nuevos criterios de asignación a programas de diálisis peritoneal Impacto sobre la calidad de vida y la utilización de servicios. *Rev.Med. IMSS* 1994; 32: 165-171.

## CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

### “VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF 12 EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DEL IMSS”

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Nombre del encuestador \_\_\_\_\_

Numero progresivo del paciente \_\_\_\_\_

He sido invitado (a) a participar en un estudio con el nombre arriba mencionado, cuyo objetivo es: Determinar la Validez y confiabilidad del cuestionario general de salud versión corta (SF-12) en pacientes que reciben atención en el primer nivel de atención.

Estoy enterado(a) que no existe riesgo para mi persona. Por otro lado se me ha comentado que toda información verbal recabada será estrictamente confidencial este estudio está basado en las consideraciones de ética médica previstas en los acuerdos de buena práctica médica y revisado por los comités de investigación médica correspondiente. Los investigadores responsables del estudio me han hecho saber que tengo derecho a preguntar sobre los avances del trabajo en cualquier momento. Se me ha informado ampliamente sobre los riesgos y beneficios del estudio, el cual acepto de manera voluntaria y soy libre de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que ello afecte mi atención médica actual ni la que recibiré en un futuro.

Podré solicitar información con los investigadores responsables:

RIMF. ADRIANA CISNEROS HUERTA

TEL. 272 72 14321.

Nombre y Firma del paciente \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del investigador \_\_\_\_\_

Testigo: Encuestador, Nombre y firma \_\_\_\_\_

## ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF36

**INSTRUCCIONES:** Esta encuesta le pide su opinión a cerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué bien puede hacer usted sus actividades normales.

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1.- En general, ¿diría que su salud es:

Excelente .....	1
Muy buena .....	2
Buena .....	3
Regular .....	4
Mala .....	5

2.- Comparando su salud con la de hace un año ¿Cómo la calificaría en general ahora?

Mucho mejor ahora que hace un año.....	1
Algo mejor ahora que hace un año.....	2
Más o menos igual ahora que hace un año.....	3
Algo peor ahora que hace un año.....	4
Mucho peor ahora que hace un año.....	5

3.- Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer estas actividades? Si es así ¿Cuánto?

(Marque un solo número en cada línea.)

ACTIVIDADES	Sí, Me limita Mucho.	Sí, Me limita Un poco	No, No me limita en absoluto.
a. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar béisbol, montar bicicleta.	1	2	3
c. Levantar o llevar las compras del mercado.	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera.	1	2	3
f. Doblarse, arrodillarse o agacharse.	1	2	3
g. Caminar más de un kilómetro	1	2	3
h. Caminar varias cuadras.	1	2	3
i. Caminar una cuadra	1	2	3
h. Bañarse o vestirse.	1	2	3

4.- Durante las últimas cuatro semanas, ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

(Marque un número en cada línea)

	SI	NO
a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.	1	2
b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	1	2
c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.	1	2
d. Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo.	1	2

5. Durante las últimas cuatro semanas ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

(Marque un número en cada línea)

	SI	NO
Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.	1	2
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	1	2
Ha dejado de hacer su trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.	1	2

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿En que medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

(Marque un solo número)

Nada.....	1
Un poco.....	2
Más o menos.....	3
Mucho.....	4
Demasiado.....	5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?

(Marque un solo número)

Ningún dolor.....	1
Muy poco.....	2
Poco.....	3
Moderado.....	4
Severo.....	5
Muy Severo.....	6

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿Cuánto dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?  
(Marque un solo número)

- Nada..... 1
- Un poco..... 2
- Más o menos..... 3
- Mucho..... 4
- Demasiado..... 5

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante las últimas cuatro semanas. Por cada pregunta por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas?  
(Marque un número en cada línea)

	Siempre	Casi siempre	Muchas Veces.	Algunas Veces	Casi nunca	Nunca
a. ¿se ha sentido lleno de vida?	1	2	3	4	5	6
b. ¿se ha sentido muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ¿se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentararlo?	1	2	3	4	5	6
d. ¿Se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
e. ¿ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ¿se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ¿se ha sentido agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ¿se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ¿se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas cuatro semanas ¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.?(Marque un solo número)

- Siempre..... 1
- Casi siempre..... 2
- Algunas veces..... 3
- Casi nunca..... 4
- Nunca..... 5



**Instituto Mexicano del Seguro Social**  
**Unidad de Medicina Familiar No. 1**  
**Cuestionario de variables sociodemográficas del Protocolo VALIDEZ Y**  
**CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF 12**

<p>1.No. DE ENCUESTA _____</p> <p>2.Numero de Seguridad _____</p> <p>3. _____</p> <p>PATERNO      MATERNO      NOMBRE(S)</p> <p>4.Unidad de adscripción _____</p> <p>5.Lugar de origen _____</p> <p>6.Lugar de residencia _____</p> <p>7. Edad _____ 8) Estado civil: 1)Casado 2)Unión libre 3)Soltero 4)Separado o divorciado 5) Viudo</p> <p>9. Escolaridad _____ años.</p> <p>10.Ocupación: 1)Campesina 2)Obrera 3)Comerciante 4) Empleada de comercio 5) Empleada de gobierno 6) Técnica</p> <p>7) Profesionista. 8) Ama de casa 9) Estudiante</p> <p>11) Quien aporta el dinero para el sostén familiar:  1) Cónyuge 2) Pariente directo 3) Entrevistada. 4) Ambos</p> <p>12) Quien es el jefe de la familia..... 1)Cónyuge 2)Pariente Directo 3)Entrevistado 4) ambos</p> <p>14) Nivel socioeconómico 1) Muy bajo, 2) Bajo, 3) Medio, 4) Medio alto, 5) Alto.</p> <p>Tipo de familia marque con una X</p> <p>15) Desarrollo familiar:  1)Moderna ( ) 2)Tradicional ( )</p> <p>16. Desarrollo comunitario  1.)Urbana ( ) 2)Rural ( )</p> <p>17)Estructura: 1)Nuclear ( ) 2)Extensa ( ) 3)Extensa compuesta ( )</p> <p>18) Etapa del ciclo vital de la familia.  1)Constitutiva( ) 2)Expansión ( ) 3)Dispersión ( ) 4)Independencia ( ) 5) Familiar final ( )</p>	<p>19.Sedentarismo  1)activo( ) 2).pasivo( )</p>
---	--

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?  
 (Marque un número en cada línea)

	Totalmente Cierta.	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Parece que yo me enfermo más fácilmente que otra gente.	1	2	3	4	5
b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5

## CUESTIONARIO DE SALUD SF 12

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas son a cerca de tu punto de vista de tu salud. Esta información te ayudará a conocer como te sientes y como realizas tus actividades diarias.

Por favor contesta cada pregunta marcando un cuadro. Si tu no estas seguro a cerca de la respuesta: Por favor da tu mejor respuesta.

1.- En general podrías decir que tu estado de salud es:

- 1) Excelente    2) Muy bueno    3) Bueno    4) Favorable    5) Malo

Las siguientes preguntas son a cerca de las actividades que tú puedes realizar durante un día cotidiano. ¿Cuánto te limitaría tu salud estas actividades? Y si ¿Cuánto?

2.- Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, o limpiar, jugar fut bool. o caminar.

- 1) Si, limita bastante    2) Si, limita un poco    3) No, No limita nada.

3.- Poder subir muchos escalones o escaleras.

- 1) Si, limita bastante    2) Si, limita un poco    3) No, No limita nada.

Durante las últimas cuatro semanas tuviste tú, alguno de los siguientes problemas con tu trabajo o con otras actividades diarias, como resultado de tu salud física?

4.- Terminadas menos de lo que te gustaria    1 Si \_\_\_\_    2NO \_\_\_\_

5.- Estuvieron limitadas en el tipo de trabajo u otras actividades    1SI \_\_\_\_  
2NO \_\_\_\_

Durante las últimas cuatro semanas has tenido alguno de los siguientes problemas con tu trabajo u otras actividades diarias regulares como un resultado de algún problema emocional (tales como sentimientos de depresión o ansiedad)?

6.- Terminadas menos de lo que te gustaria    1 Si \_\_\_\_    2 NO \_\_\_\_

7.- No hiciste tu trabajo u otras actividades cuidadosamente como acostumbras?

1 Si \_\_\_\_\_ 2 NO \_\_\_\_\_

Durante las últimas cuatro semanas cuanto interfirió el dolor con tu trabajo normal (incluyendo trabajo fuera de la casa y el trabajo del hogar)

- 1) No todo 2) Un poco 3) Moderadamente 4) Totalmente  
5) Extremadamente.

Estas preguntas son acerca sobre como te sientes y como las cosas han ido contigo durante las últimas cuatro semanas.

Para cada pregunta por favor da la respuesta más cercana a la forma en que te has estado sintiendo ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas?

9.- Te has sentido calmado y tranquilo.

- 1) Todo el tiempo 2) La mayor parte del tiempo 3) Un buen tiempo  
4) Algo de tiempo 5) Un poquito de tiempo 6) Nada de tiempo.

10.- Tuviste mucha energía.

- 1) Todo el tiempo 2) La mayor parte del tiempo 3) Un buen tiempo  
4) Algo de tiempo 5) Un poquito de tiempo 6) Nada

11.- Te has sentido cabizbajo y triste?

- 1) Todo el tiempo 2) La mayor parte del tiempo 3) Un buen tiempo  
4) Algo de tiempo 5) Un poquito de tiempo 6) Nada

Durante las últimas cuatro semanas cuanto del tiempo ha interferido tu salud física o problemas emocionados con tus actividades sociales (como visitar a tus amigos, parientes, etc.)

- 1) Todo el tiempo 2) La mayor parte del tiempo 3) Algo de tiempo  
4) poquito tiempo 5) Nada de tiempo.

## INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de oraciones. Por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoge la oración de cada grupo, que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones de cada grupo antes de contestar.

- 1) 0 \_\_\_ No me siento triste.  
1 \_\_\_ Me siento triste  
2 \_\_\_ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme  
3 \_\_\_ Me siento tan triste e infeliz que ya no lo soporto.
  
- 2) 0 \_\_\_ No me siento desanimado a cerca del futuro  
1 \_\_\_ Me siento desanimado a cerca del futuro.  
2 \_\_\_ Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.  
3 \_\_\_ Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no Pueden mejorar.
  
- 3) 0 \_\_\_ No me siento como un fracasado  
1 \_\_\_ Siento que he fracasado más que otras personas.  
2 \_\_\_ Conforme veo hacia atrás en mi vida. Todo lo que puedo ver son Muchos fracasos.  
3 \_\_\_ Siento que como persona soy un completo fracaso.
  
- 4) 0 \_\_\_ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.  
1 \_\_\_ No disfruto de las cosas como antes.  
2 \_\_\_ Ya no tengo satisfacción de nada.  
3 \_\_\_ Estoy insatisfecho y molesto de todo.
  
- 5) 0 \_\_\_ No me siento culpable  
1 \_\_\_ En algunos momentos me siento culpable.  
2 \_\_\_ La mayor parte del tiempo me siento algo culpable  
3 \_\_\_ Me siento culpable todo el tiempo.
  
- 6) 0 \_\_\_ No siento que seré castigado  
1 \_\_\_ Siento que seré castigado  
2 \_\_\_ Creo que seré castigado.  
3 \_\_\_ Siento que estoy siendo castigado.
  
- 7) 0 \_\_\_ No me siento descontento  
1 \_\_\_ Me siento descontento conmigo mismo.  
2 \_\_\_ Me siento a disgusto conmigo mismo  
3 \_\_\_ Me odio a mi mismo.

- 8) 0 \_\_\_ No siento que sea peor que otros.  
 1 \_\_\_ Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.  
 2 \_\_\_ Me culpo todo el tiempo por mis errores  
 3 \_\_\_ Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) 0 \_\_\_ No tengo ninguna idea a cerca de suicidarme  
 1 \_\_\_ Tengo idea de suicidarme pero no lo haría.  
 2 \_\_\_ Quisiera suicidarme  
 3 \_\_\_ Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10) 0 \_\_\_ No lloro más que de costumbre  
 1 \_\_\_ Lloró más que antes.  
 2 \_\_\_ Lloro todo el tiempo  
 3 \_\_\_ Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera
- 11) 0 \_\_\_ Ahora no estoy más irritable que antes.  
 1 \_\_\_ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
 2 \_\_\_ Me siento irritado todo el tiempo  
 3 \_\_\_ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaba.
- 12) 0 \_\_\_ No he perdido el interés en la gente  
 1 \_\_\_ No me interesa la gente como antes.  
 2 \_\_\_ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.  
 3 \_\_\_ He perdido todo el interés en la gente.
- 13) 0 \_\_\_ Tomo decisiones tan bien como siempre  
 1 \_\_\_ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.  
 2 \_\_\_ Se me dificulta tomar decisiones.  
 3 \_\_\_ No puedo tomar decisiones de nada.
- 14) 0 \_\_\_ No siento que me vea más feo que antes  
 1 \_\_\_ Me preocupa que me vea viejo y feo.  
 2 \_\_\_ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hace  
 Que me vea feo.  
 3 \_\_\_ Creo que me veo horrible.
- 15) 0 \_\_\_ Puedo trabajar tan bien como antes  
 1 \_\_\_ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.  
 2 \_\_\_ Tengo que obligarme hacer cualquier cosa.  
 3 \_\_\_ No puedo trabajar para nada.
- 16) 0 \_\_\_ Duermo tan bien como antes.  
 1 \_\_\_ No duermo tan bien como antes.  
 2 \_\_\_ Me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil

