

Salud percibida en pacientes con enfermedad de Parkinson en comparación con pacientes de salud mental

Perfiles obtenidos mediante el Cuestionario de Salud SF-36

Autores

Cristina Pecci

Doctora en Psicología. Jefa de la Sección Calidad de Vida. Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Karina Bernasconi

Técnica en Estadística. Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Lorena Alén

Licenciada en Psicología. Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Leticia López

Licenciada en Ciencias de la Educación y en Fonoaudiología. Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Federico Micheli

MD Doctor en Medicina. Director del Programa de Parkinson y Movimientos Anormales del Hospital de Clínicas. Prof. Titular de Neurología. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia:

Cristina Pecci
mcpecci@fibertel.com.ar

Resumen

Objetivo: Comparar el perfil de salud percibida de pacientes ambulatorios con enfermedad de Parkinson (EP) y con trastornos de salud mental (SM).

Material y método: Diseño transversal, muestra no probabilística de pacientes de la consulta externa de un hospital universitario de Buenos Aires. Se administró el Cuestionario de Salud SF-36 original y se recolectó datos sociodemográficos.

Resultados: Se completó 620 (300 de EP y 320 de SM) cuestionarios. Las puntuaciones medias de las dimensiones del SF-36 en ambos grupos tuvieron una variación entre el 33,6 y 63,3 en EP, y entre 19,1 y 76,6 en SM. Esto indica la presencia de problemas de salud percibida en todas las dimensiones del Cuestionario SF-36 en ambos grupos.

Conclusión: El perfil de los pacientes con EP está significativamente peor en la dimensión de funcionamiento físico; en cambio, en vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental está significativamente mejor que el de los pacientes de SM. No se observó diferencias significativas entre ambos grupos en las dimensiones de rol físico, dolor corporal y salud general.

Palabras clave

Perfil de salud
Calidad de vida relacionada con la salud
Enfermedades crónicas
Cuestionario de Salud SF-36
Enfermedad de Parkinson
Salud mental

Summary

Objective: To compare the profile of perceived health status in outdoor patients with Parkinson's disease (PD) and with mental health disorders (MH).

Materials and method: Transversal design, non-probabilistic sample of outpatients from a college hospital in Buenos Aires. The original SF-36 Health Questionnaire was administered and socio-demographic data were collected.

Results: Six hundred and twenty questionnaires were completed (300 from PD and 320 from MH). Media scores of the SF-36 ranged between 33,6 and 63,3 in the PD group, and 19,1 and 76,6 in the MH one. These findings point out the presence of health problems perceived in all the dimensions of the SF-36 Questionnaire in both groups.

Conclusions: The profile of patients with PD is significantly worse in the dimension of physical functioning. Conversely, it is considerably better than those of MH patients regarding liveliness, social functioning, emotional role and mental health. No significant differences were found between both groups in the dimensions of physical role, bodily pain and general health.

Key words

Health profile
Quality of life related to health
Chronic illnesses
SF-36 Health Questionnaire
Parkinson's disease
Mental health

Introducción

Un aspecto de la medicina al que se le sigue otorgando gran importancia en la actualidad, es saber si los resultados de las intervenciones médicas, y los cambios en el funcionamiento o en el bienestar a los que puede asociarse, satisfacen las necesidades y expectativas de los pacientes, desde la perspectiva de los pacientes¹. Es decir, sin que medie el criterio clínico en la evaluación o interpretación de estos resultados.

Los indicadores de *salud percibida* son los que se obtienen directamente de los pacientes o de los individuos, a través de una encuesta de salud². Las puntuaciones de estos indicadores pueden dar lugar a un perfil. Un *perfil* incluye diferentes dimensiones, o dominios de salud, cada una de las cuales representa un área relevante del comportamiento o de la experiencia que se está tratando de medir; y el rango de variación incluye desde aspectos valorados negativamente, como una limitación para moverse, hasta aspectos positivamente valorados como el bienestar³.

Así, la calidad del tratamiento no se restringe al análisis de resultados relacionados con el estado clínico, exclusivamente, sino que incluye también la valoración de capacidades en las que está comprometida la persona en interacción con su entorno social, por ejemplo, la capacidad de funcionar con autonomía y poder realizar actividades de la vida diaria con independencia^{4, 5}. Sin duda, la persona que recibe el tratamiento es una de las mejores fuentes de información sobre el logro de estos objetivos; sin embargo, en la práctica médica, las experiencias del paciente relacionadas con su enfermedad o con el tratamiento no se han recogido de manera sistemática¹. Cuando se ha investigado esta cuestión, se ha encontrado discrepancias entre las evaluaciones del estado de salud hechas de acuerdo con el criterio clínico y las que son resultado de la perspectiva subjetiva del paciente⁶. Estas divergencias también reflejan intereses distintos. Por ejemplo, las medidas fisiológicas son de alto interés para los médicos; pero los pacientes están más interesados en cambios en su capacidad funcional. Por otro lado, hay

variabilidad personal: dos pacientes pueden tener las mismas limitaciones pero diferente impacto en su bienestar emocional³.

En la historia de la evaluación de resultados en salud se observa un cambio, conceptual y metodológico, en el uso de términos, desde estado de salud, calidad de vida relacionada con la salud hasta el más usado actualmente, de *resultados reportados por el paciente* (en inglés PRO, *Patient Reported Outcomes*)⁷. Todos ellos indican el esfuerzo por mejorar las formas de captar la dimensión subjetiva de los pacientes con respecto a diferentes dimensiones en las que su vida puede estar afectada por la enfermedad, sus secuelas o el tratamiento. Justifican este interés el aumento en la proporción de personas con enfermedades crónicas, el impacto diferencial de ciertas condiciones, la comorbilidad y el incremento en la utilización de los servicios de salud⁸. Por lo tanto, estudiar y monitorear de manera sistemática diferentes dimensiones del perfil de salud, en el caso de enfermedades crónicas, contribuye a generar información para planificar el mejor aprovechamiento del potencial de intervención terapéutico posible en cada caso.

El objetivo de este trabajo es presentar el perfil comparativo de salud percibida en dos grupos de pacientes, uno con enfermedad de Parkinson (EP) y el otro con trastornos de salud mental (SM) y analizar qué dimensiones, relacionadas con la salud percibida son más significativas para cada grupo.

Material y método

El estudio, de diseño transversal, se basa en una muestra no probabilística de pacientes seleccionados de manera consecutiva en el momento en que hacían su consulta clínica ambulatoria en los dos servicios de un hospital universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: el Programa de Parkinson y Movimientos Anormales y la Consulta Externa del Departamento de Salud Mental, del mismo hospital. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la misma institución y los pacientes incluidos aceptaron voluntariamente participar en él.

Para evaluar el perfil de salud percibida, se administró la versión argentina del Cuestionario de Salud SF-36 original, el que fue administrado al principio de la entrevista. Si bien este cuestionario es muy conocido, para facilitar la interpretación de los resultados de este estudio se hará una breve presentación del mismo. Asimismo, se completó un formulario con datos sociodemográficos.

El Cuestionario de Salud SF-36

Fue desarrollado a partir del Estudio de Resultados Médicos (MOS)⁹. Es un cuestionario genérico; evalúa dimensiones de salud relevantes al estado funcional y de bienestar emocional de cualquier persona, tanto en sus aspectos positivos como negativos. Puede ser usado en población general, en el monitoreo de los servicios de salud o en investigación clínica. No sustituye las medidas clínicas tradicionales de resultado; al contrario, se anticipa su potencial utilidad al ser aplicadas de manera conjunta¹⁰. Los 36 ítems del cuestionario se agrupan en 8 dimensiones de salud percibida. El rango de puntuaciones para cada dimensión tiene un recorrido entre 0 (el peor estado de salud) y 100 (el mejor estado de salud), es decir que, cuanto mayores sean las puntuaciones, representa un mejor estado de salud¹⁰. Las 8 dimensiones se resumen en dos medidas índices: el componente de salud física (PCS) y el componente de salud mental (MCS). Ambos componentes, PCS y MCS, toman en cuenta las correlaciones entre las dimensiones para determinar si la enfermedad impacta más sobre el componente físico o sobre el mental. Al componente sumario físico (PCS) contribuyen principalmente las dimensiones del funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal y salud general. Al componente sumario mental (MCS) contribuyen principalmente las dimensiones de vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental¹¹.

Tanto la validez como la confiabilidad del instrumento fueron examinadas en extenso¹². El Cuestionario de Salud SF-36 fue traducido a diversos idiomas, cumpliendo procedimientos estandarizados^{13, 14}. Asimismo, se probó la calidad de los datos, la equivalencia conceptual en la traducción del instrumento y la validez

y comparabilidad de las interpretaciones de las escalas e índices^{15, 16}.

Con respecto a las ocho dimensiones del SF-36¹⁷, la primera de ellas, la del funcionamiento físico, evalúa el grado en que el estado de salud limita la realización de actividades físicas, desde las necesarias para el autocuidado y otras como caminar, subir escaleras, realizar esfuerzos de distinta intensidad; la del rol físico evalúa el grado en que el estado de salud física interfiere en el trabajo u otras actividades diarias, dificulta o afecta el rendimiento; la del dolor corporal evalúa su intensidad y efecto en trabajo dentro o fuera del hogar; la de salud general representa la evaluación personal del estado de salud actual, perspectivas de futuro y resistencia a enfermar; la de vitalidad, sentimientos de energía y vitalidad frente a otros de cansancio o agotamiento; la del funcionamiento social evalúa el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual; la de rol emocional, el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y la disminución del esmero en el trabajo; por último, la dimensión de salud mental evalúa la salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general.

Después de codificar los ítems de cada una de las 8 dimensiones, se suman los de la misma dimensión y luego se transforman en la escala 0-100. En 1990, se estimaron por primera vez las normas del SF-36 sobre la base de una muestra representativa de población general no institucionalizada. Las normas de la población general son útiles en la interpretación de perfiles de pacientes con una condición particular¹.

Para las dimensiones de funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, función social y rol emocional, el puntaje máximo de 100 indica la ausencia de un estado negativo (limitación, discapacidad, dolor). En cambio a las dimensiones de Salud general, Vitalidad y Salud mental se las considera de naturaleza “bipolar” y evalúan un más amplio rango de

estados positivos y negativos de salud. Para estas tres dimensiones el puntaje máximo de 100 se logra cuando las personas reportan estados positivos y evalúan su salud favorablemente: En la de Salud mental, un puntaje de 100 requiere el reconocimiento de frecuentes estados de felicidad, calma y paz. Los que tienen un puntaje en la mitad del rango en esta escala, no han reconocido síntomas de estrés psicológico. En la de Vitalidad, un puntaje en la mitad del rango significa la ausencia de reportes de sentimiento de cansancio o agotamiento; un puntaje de 100 implica la presencia frecuente de sentimientos de estar lleno de energía la mayor parte del tiempo. En la escala de salud general, un puntaje en la mitad del rango significa que no se presentan reportes desfavorables de salud; el puntaje más alto posible, una evaluación muy positiva de su salud¹.

Descripción de la muestra

Se analizó los datos de 300 pacientes con enfermedad de Parkinson y 320 pacientes de la consulta de Salud Mental. Las características generales de esta muestra de pacientes aparecen en la Tabla 1. Entre los pacientes con enfermedad de Parkinson, el promedio general de edad fue de $65,8 \pm 9,54$; en las mujeres fue $65,66 \pm 10,02$ y en los varones $66,11 \pm 8,96$. El 92% de los pacientes era de nacionalidad argentina; el 85,3% contaba con una cobertura de salud. Entre los pacientes de salud mental, el promedio general de edad fue de $39,07 \pm 16,31$; en las mujeres fue $38,09 \pm 16,52$ y en los varones $39,54 \pm 16,23$. El 92,5% de los pacientes era de nacionalidad argentina; el 44,1% contaba con una cobertura de salud.

Descripción de la muestra

| Características | Enfermedad de Parkinson (n=300) % | Salud Mental (n=320) % |
|---|---|------------------------------|
| Edad [años] | | |
| 16-24 | 0 | 25,8 |
| 25-34 | 0,7 | 23 |
| 35-44 | 0,7 | 14,2 |
| 45-54 | 11,3 | 16,4 |
| 55-64 | 28,0 | 12,9 |
| 65-74 | 40,3 | 5,7 |
| 75 y más | 19,0 | 2,2 |
| Sexo | | |
| Femenino | 45,3 | 67,8 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 6,4 | 53,0 |
| Casado | 66,7 | 42,5 |
| Separado-Divorciado- Viudo | 7,7 | 0,4 |
| | 18,3 | 4,1 |
| Nivel de estudios | | |
| Primario | 48,5 | 18,4 |
| Secundario | 30,4 | 44,1 |
| Terciario | 7,4 | 17,5 |
| Universitario | 13,7 | 19,4 |
| Sin información | .. | 0,6 |
| Situación laboral | | |
| Ocupado | 28,0 | 47,6 |
| Inactivo (jubilados, amas de casa, estudiantes) | 55,3 | 52,4 |
| Desocupado | 16,7 | 0,0 |

Tabla 1

Resultados

Fueron completados un total de 620 cuestionarios en ambos grupos de pacientes: 300 en personas con EP y 320 en pacientes de la consulta de salud mental.

En primer lugar se presenta la distribución de puntuaciones del Cuestionario de Salud SF-36 en los dos grupos de pacientes estudiados.

En el grupo de pacientes con enfermedad de Parkinson (Tabla 2) la puntuación media más elevada fue la de función física (63,3) y la de menor valor la de rol físico (33,6). En todas las dimensiones se observó un porcentaje de

pacientes con puntuación máxima (de 100) y mínima (de 0).

En una de las dimensiones, rol físico, la proporción de individuos con puntuación mínima fue superior al 44%. El mismo efecto en rol emocional fue de 19,7 y en salud mental 11,7.

Los valores promedio de puntuaciones fueron significativamente superiores entre varones, en comparación con las mujeres en las dimensiones de rol físico (MW=9599, $p=0.0286$), dolor corporal (MW=8915, $p=0.002635$), vitalidad (MW=9221, $p=0.00096$) y salud mental (MW=9568, $p=0.0325$).

Tabla 2

Distribución de puntuaciones del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes con enfermedad de Parkinson, total y según género.

Distribución de puntuaciones en pacientes con Parkinson

| Total (n = 300) | Función física | Rol físico | Dolor corporal | Salud general | Vitalidad | Función social | Rol emocional | Salud mental |
|----------------------------------|----------------|------------|----------------|---------------|-----------|----------------|---------------|--------------|
| Puntuaciones medias | 63,3 | 33,6 | 57,8 | 49,1 | 52,2 | 59,7 | 49,9 | 35,3 |
| Desvío estándar | 24,0 | 37,7 | 28,0 | 19,8 | 20,3 | 27,6 | 27,7 | 38,9 |
| Mediana | 65 | 25 | 52 | 50 | 50 | 62 | 52 | 5 |
| Mínimo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Máximo | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| % puntuación máxima (100) | 3,7 | 16 | 19,3 | 0,3 | 1,0 | 17 | 20 | 6,7 |
| % puntuación mínima (0) | 1,0 | 44,7 | 1,3 | 0,7 | 0,7 | 3,7 | 19,7 | 11,7 |
| Varones (n= 164) | | | | | | | | |
| Puntuaciones medias | 65 | 37 | 62 | 50 | 55 | 61 | 33 | 53 |
| Desvío estándar | 23 | 38 | 26 | 19 | 19 | 26 | 39 | 28 |
| Mediana | 70 | 25 | 62 | 52 | 55 | 62 | 5 | 60 |
| Mínimo | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Máximo | 100 | 100 | 100 | 97 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Mujeres (n= 136) | | | | | | | | |
| Puntuaciones medias | 61 | 29 | 53 | 48 | 49 | 58 | 38 | 47 |
| Desvío estándar | 24 | 37 | 29 | 21 | 21 | 30 | 39 | 27 |
| Mediana | 65 | 0 | 51 | 47 | 50 | 62 | 33 | 44 |
| Mínimo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Máximo | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

En el grupo de pacientes de salud mental (Tabla 3) las puntuaciones medias variaron del 76,6 en la dimensión del funcionamiento físico a 19,1 en la dimensión del rol emocional. En todas las dimensiones hay individuos que alcanzaron puntuaciones máximas (de 100). En todas las dimensiones hay individuos que alcanzaron puntuaciones mínimas (de 0), salvo en salud general, cuya puntuación mínima fue de 5.

En la dimensión de rol físico una proporción de 38,4% de individuos obtuvo puntuación mínima; 22,5% en la dimensión de rol emocional y 24% en la dimensión salud mental.

Los valores promedio de puntuaciones fueron significativamente superiores entre varones, en comparación con las mujeres, en las dimensiones funcionamiento físico ($MW=7726$, $p<0.0001$),

Distribución de puntuaciones en pacientes de salud mental

| Total (n= 320) | Función física | Rol físico | Dolor corporal | Salud general | Vitalidad | Función social | Rol emocional | Salud mental |
|----------------------------|----------------|-------------|----------------|---------------|-------------|----------------|---------------|--------------|
| Puntuaciones medias | 76,6 | 41,0 | 56,6 | 50,2 | 41,0 | 44,7 | 19,1 | 36,7 |
| Desvío estándar | 23,1 | 40,0 | 27,8 | 21,5 | 21,3 | 26,3 | 29,2 | 30,3 |
| Mediana | 85 | 25 | 53 | 50 | 40 | 37 | 5 | 33 |
| Mínimo | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Máximo | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| % puntuación máxima (100) | 16,9 | 21,9 | 14,7 | 0,3 | 0,3 | 5,9 | 7,5 | 8,4 |
| % puntuación mínima (0) | 0,3 | 38,4 | 1,6 | 0 | 1,9 | 5 | 22,5 | 24,4 |
| Varones (n= 103) | | | | | | | | |
| Puntuaciones medias | 84,5 | 45,4 | 64,9 | 51,6 | 45,8 | 49,3 | 22,7 | 41,5 |
| Desvío estándar | 18,3 | 40,2 | 27,8 | 22,6 | 21,3 | 27,5 | 31,2 | 31,5 |
| Mediana | 90,0 | 50,0 | 72,0 | 47,0 | 45,0 | 37,0 | 5,0 | 33,0 |
| Mínimo | 15,0 | 0,0 | 0,0 | 5,0 | 5,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Máximo | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 95,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Mujeres (n= 217) | | | | | | | | |
| Puntuaciones medias | 72,9 | 38,9 | 52,7 | 49,5 | 38,6 | 42,6 | 17,4 | 34,5 |
| Desvío estándar | 24,2 | 39,8 | 27,0 | 21,0 | 20,9 | 25,5 | 28,2 | 29,6 |
| Mediana | 80 | 25 | 51 | 50 | 40 | 37 | 5 | 33 |
| Mínimo | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Máximo | 100 | 100 | 100 | 92 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Tabla 3

Distribución de puntuaciones del Cuestionario de Salud SF-36 en pacientes de Salud Mental, total y según género.

Puntuaciones medias según el género

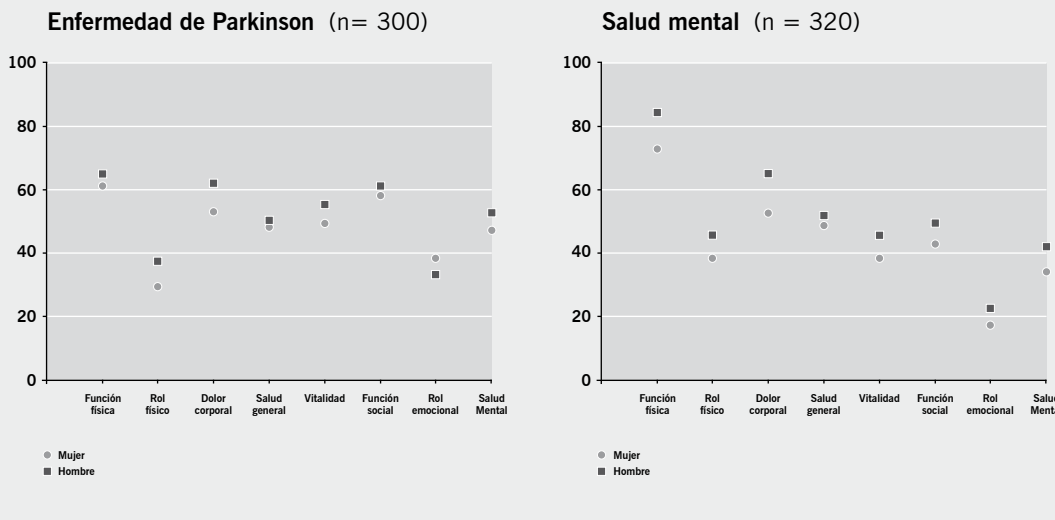


Figura 1

Puntuaciones medias en cada una de las dimensiones del SF-36, en los dos grupos de pacientes, según el género.

dolor corporal (MW=8477, p=0.0004) y vitalidad (MW=9217, p=0.011).

En un examen post hoc se realizó un análisis de a pares (Prueba de Tuckey) entre los dos grupos de pacientes, para observar diferencias significativas en las distintas dimensiones del

Cuestionario de Salud SF-36, que se presentan en la Tabla 4. El grupo de pacientes con EP está significativamente peor en la dimensión de funcionamiento físico; en cambio, en las de vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental, está significativamente mejor. No se observó diferencias significativas entre

Tabla 4

Resultado del análisis de a pares (Prueba de Tuckey) entre los dos grupos de pacientes (enfermedad de Parkinson y salud mental), según las dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36.

Resultado del análisis entre los dos grupos de pacientes

| Dimensión | Grupo (a) | vs Grupo (b) | Diferencia de medias (a-b) | Error típico | p |
|-----------------------|-----------|--------------|----------------------------|--------------|---------|
| Funcionamiento físico | Parkinson | Salud mental | -13,4 | 1,9 | 0,00000 |
| Rol físico | Parkinson | Salud mental | -7,4 | 3,1 | 0,07882 |
| Dolor corporal | Parkinson | Salud mental | 1,1 | 2,1 | 0,95070 |
| Salud general | Parkinson | Salud mental | -1,0 | 1,7 | 0,93010 |
| Vitalidad | Parkinson | Salud mental | 11,2 | 1,6 | 0,00000 |
| Funcionamiento social | Parkinson | Salud mental | 15,0 | 2,2 | 0,00000 |
| Rol emocional | Parkinson | Salud mental | 16,1 | 2,9 | 0,00000 |
| Salud mental | Parkinson | Salud mental | 13,2 | 2,4 | 0,00000 |

ambos grupos de pacientes en las dimensiones de rol físico, dolor corporal y salud general.

Por último, se presentará las puntuaciones medias normalizadas para los pacientes de este estudio, y se comparará con las puntuaciones normalizadas de la población general de Estados Unidos, sin condiciones médicas,

del año 1998¹¹. Las puntuaciones normalizadas permiten la comparación de la versión original del Cuestionario de Salud SF-36, utilizada en esta investigación, con la versión del Cuestionario de Salud SF-36v2¹¹. Se incluye en esta comparación las puntuaciones de los componentes sumarios, el físico (PCS) y el de salud mental (MCS)

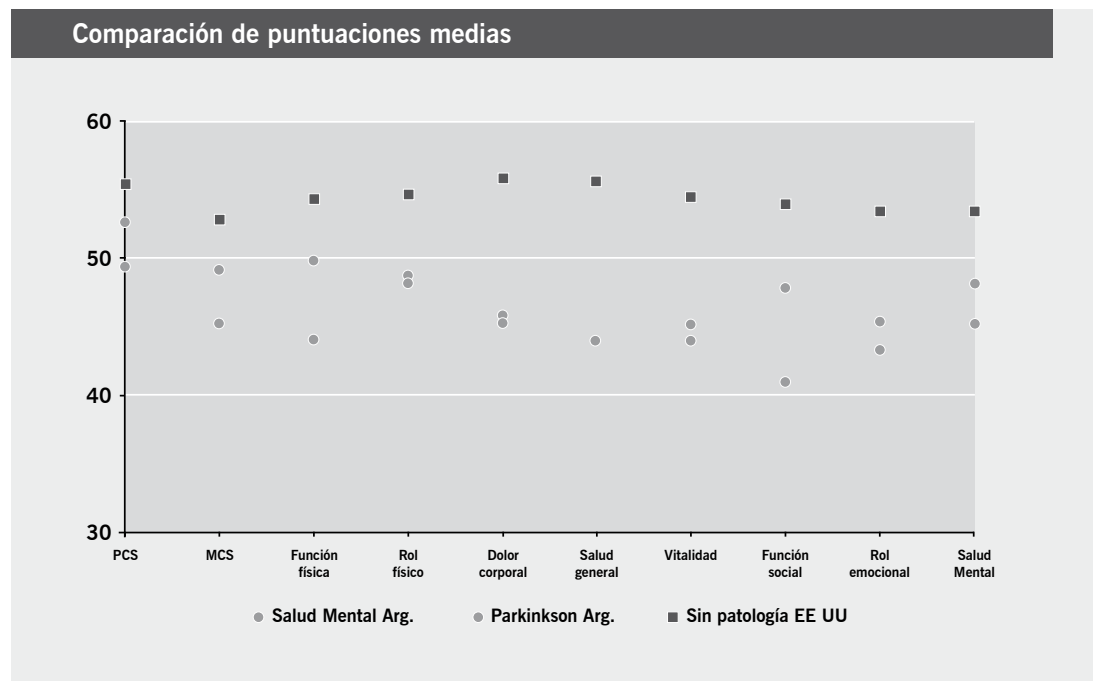


Figura 2

Comparación de puntuaciones medias normalizadas de pacientes con EP y de SM con la población general sin condiciones médicas de Estados Unidos, del año 1998¹⁸.

Las puntuaciones de los dos grupos de pacientes estuvieron por debajo de la población sin condiciones médicas, que sirvió de referencia.

Discusión

El bienestar físico y emocional reviste particular importancia para las personas con condiciones o enfermedades crónicas. La declinación física puede tener significativa repercusión social, emocional y económica, porque probablemente se correlaciona con pérdidas en el trabajo, mayor utilización de los servicios de salud y mortalidad incrementada⁸. Por otro lado, los trastornos mentales están entre las principales causas de sobrecarga y también se asocian a una mayor mortalidad, discapacidad, declinación de la salud general

y aumentos de los costos de la atención en salud¹⁹. El examen de la calidad de vida es importante en el caso de personas con trastornos mentales y condiciones médicas crónicas, en las que el objetivo de los tratamientos no es curar sino prevenir limitaciones y mantener o mejorar los años de vida y de funcionamiento saludable del futuro¹⁹. Los médicos están en una posición ideal para ayudar a prevenir, postergar o manejar proactivamente la declinación potencial en el funcionamiento físico de estos pacientes⁹. La evaluación de perfiles de salud puede servir para aportar información para anticipar estos acontecimientos; cada condición clínica tiene su curso específico pero también sus particulares potenciales de intervención terapéutica.

En este trabajo se ha administrado el Cuestionario de Salud SF-36 a un grupo de

pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) y a otro de pacientes con trastornos de salud mental (SM). Nos preguntamos qué muestra el perfil de salud percibida en estos dos grupos diferentes en sus características demográficas y en el tipo de trastorno de salud por el que consultan.

En primer lugar, las puntuaciones medias globales, en cada uno de estos dos grupos, no se situaron en los extremos más positivos sino que variaron entre el 33,6 y 63,3 para el grupo de pacientes con EP, y entre 19,1 y 76,6 en los pacientes de la consulta de SM. Esto indica la presencia de problemas de salud percibida en todas las dimensiones del Cuestionario SF-36 en ambos grupos, como se observa en la Figura 1. Con respecto a la proporción de individuos con puntuación mínima, en la dimensión de rol físico el 44% de los pacientes con EP y el 38% de los de SM, tienen la percepción de que problemas relacionados a su estado de salud física dificultan, limitan o interfieren la realización de actividades diarias o del trabajo. Asimismo, la proporción de individuos con puntuación mínima en la dimensión de rol emocional, indica que 19,7% en EP y 22,5% en SM perciben que sus problemas emocionales interfieren su trabajo u otras actividades, afectando su rendimiento o dedicación. En la dimensión de salud mental, casi una cuarta parte de los pacientes de SM tuvo puntaje mínimo, y más del 11% en la EP, lo que indica el predominio de sentimientos percibidos de nerviosismo y depresión en ellos. En ambos grupos, a pesar de que predominan trastornos de salud diferentes, tanto el componente físico como el de salud mental afectan el estado funcional y de bienestar.

Otros trabajos señalan que las perturbaciones psicológicas serias se asocian a una peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y que estas perturbaciones son más frecuentes en los adultos con condiciones crónicas¹⁹ y que las personas con trastornos mentales reportan niveles más elevados de discapacidad funcional, comparados con las personas sin trastornos mentales²⁰. A su vez, las condiciones crónicas se asocian con depresión; por lo tanto, el oportuno diagnóstico y tratamiento de la depresión puede reducir considerablemente la carga de la enfermedad crónica así como

el refuerzo de la promoción de la salud mental²¹. Por el contrario, el deterioro del estado de salud mental se asocia a baja adhesión al tratamiento, menor probabilidad de búsqueda de cuidado preventivo o de estilos de vida saludables¹⁹ y a una declinación simultánea en el desempeño de funciones cuando aumenta la severidad de la depresión²⁰ y por lo tanto, puede empeorar la condición crónica.

La salud mental es fundamental para la salud global y el bienestar; el empobrecimiento de la salud física como de la salud mental se asocia al deterioro de la CVRS²⁰. Desde esta perspectiva, se considera que la CVRS es una medida de la carga de la enfermedad y es predictora de morbilidad y mortalidad¹⁹.

Por otro lado, en el presente estudio se observa también entre las mujeres de los dos grupos de pacientes, que el estado de salud percibida es significativamente peor en algunas dimensiones: rol físico, dolor corporal, vitalidad y salud mental en el grupo de EP, y funcionamiento físico, dolor corporal y vitalidad en el grupo de SM. Un estudio indica que si bien la esperanza de vida es mayor para las mujeres al comparar con la de los varones, cuando se considera la esperanza de vida libre de discapacidad, o en buena salud, se reduce o se invierte esta tendencia¹⁹.

Por último, entre las diferencias esperables entre los dos grupos de pacientes, en el grupo de EP la percepción del funcionamiento físico es significativamente peor, en cuanto a que el estado de salud limita las actividades físicas, las necesarias para el autocuidado, o para caminar o hacer diferentes esfuerzos, etc. La percepción subjetiva coincide con el estado atribuible al impacto físico que produce esta enfermedad. También se observa, de acuerdo con lo esperado, que el grupo de pacientes con trastornos de SM está, en comparación con los de EP, significativamente peor en cuanto a la percepción de su vitalidad, del funcionamiento social, el efecto de los problemas emocionales en su vida diaria y en salud mental. Ambos componentes de la salud, el físico y el mental, impactan en la calidad de vida²¹. No se encontraron diferencias significativas entre ambos en cuanto a la dimensión de *rol físico*: sea el trastorno predominantemente

físico o mental, la percepción de dificultades, limitaciones e interferencias debido al estado de salud física no tuvo diferencias entre ambos grupos. Tampoco se mostraron diferencias significativas respecto a la intensidad del dolor ni a la percepción de la salud general actual, y su perspectiva de futuro.

En síntesis, los resultados obtenidos muestran cuáles dimensiones se ven más afectadas en cada uno de estos grupos de pacientes de la consulta ambulatoria que fueron entrevistados en un hospital público universitario. También pueden servir para valorar qué capacidades pueden estar restringidas de manera diferencial de acuerdo con la condición de salud, y sentar las bases para identificar la competencia de las intervenciones realizadas para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes.

Sin duda los médicos están en una posición ideal para ayudar a prevenir, postergar o manejar proactivamente la declinación potencial en el funcionamiento físico de los pacientes⁹. La información de los perfiles de salud puede servir para anticipar estos acontecimientos; cada condición clínica tiene su curso específico, pero también sus particulares potenciales de intervención terapéutica.

Los resultados de este estudio tienen que interpretarse con precaución por las siguientes limitaciones: la muestra no es probabilística; por lo tanto, no pueden generalizarse sus resultados a otra población. Por otro lado, es una población seleccionada en la consulta clínica y también este hecho puede producir un sesgo. La participación de los pacientes fue voluntaria y puede representar cierto perfil de pacientes y no otros. Por último, las características sociodemográficas de ambos grupos son distintas y algunos resultados pueden reflejar diferencias en la distribución por edades, por ejemplo.

Conclusión

En este estudio el perfil de los pacientes con EP está significativamente peor en la dimensión de funcionamiento físico; en cambio, en

vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental, está significativamente mejor que el de los pacientes de SM. No se observó diferencias significativas entre ambos grupos en las dimensiones de rol físico, dolor corporal y salud general.

Es importante considerar la evaluación del estado de salud percibido por los pacientes, para el monitoreo de los resultados de tratamientos.

Referencias bibliográficas

1. **Ware JE, Kosinski M, Gandek B.** SF-36 Health Survey, Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2003:2.
2. **Alonso Caballero J.** La medición del Estado de Salud. En: Martínez Navarro F, Antó JM, Castellans PL, Gili M, Maset P, Navarro V. Salud Pública. Barcelona: McGraw-Hill Interamericana, pp. 341-362.
3. **Guyat G, Feeney D, Patrick DL.** Measuring Health-related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine* 1993; 118:731-737.
4. **Sederer LI, Dickey B, Hermann R.** The imperative of outcome assessment in psychiatry. In: Sederer LI, Dickey B. *Outcomes assessment in clinical practice.* Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, pp. 1-7.
5. **Donebedian A.** Exploration in quality assurance and monitoring. Ann Arbor, Health Administration Press, 1985.
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(2):163-167.
7. **Revicki D.** Closing Ceremony 14th Annual Meeting. International Society for Quality of Life Research. *Newsletter* 2007; 12(2):9.

8. **Bayliss EA, Bayliss MS, Ware JE Jr, Steiner JF.** Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list? *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2:47. <http://www.hqlo.com/content/2/1/47>.
9. **Ware JE, Sherbourne CD.** The MOS 36-item short form health survey SF-36. *Med Care* 1992; 30:473-483.
10. **Ware JE, Gandek B.** Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:903-912.
11. **Ware JE Jr, Kosinski M, Bjorner JB, Turner-Bowker DM, Gandek B, Maruish ME.** User's manual for the SF-36v2 Health Survey (2nd ed). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2007: p. 168.
12. **Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L et al.** El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19(2):135-50.
13. **Bullinger M, Alonso J, Apolone G et al.** Translating Health Status Questionnaires and Evaluating their Quality: The IQOLA Project Approach. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:913-923.
14. **Wagner A, Gandek B, Aaronson N et al.** Cross-Cultural Comparisons of the content of SF-36 Translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:925-932.
15. **Gandek B, Ware JE, Aaronson NK et al.** Test of data quality, scaling assumptions and reliability of the SF-36 in eleven countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:1149-1158.
16. **Ware JE, Kosinski M, Gandek B et al.** The factor analysis structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:1159-1165.
17. **Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L.** Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410-416.
18. **Ware JE Jr, Kosinski M, Bjorner JB, Turner-Bowker DM, Gandek B, Maruish ME.** User's manual for the SF-36v2™ Health Survey (2nd ed.). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2007:p.255.
19. **Shih M, Simon PA.** Health-related quality of life among adults with serious psychological and chronic medical problems. *Qual Life Res* 2008; 17:521-528.
20. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Disability and quality of life impact of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology Mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109(Suppl 420):38-46.
21. **Chapman DP, Perry GS, Strine TW.** The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing Chronic Disease*, 2, A14. Retrieved August 30, 2008 from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a María José Rivas, Carolina Moretti y Daniela Grillo por su contribución en el trabajo de campo.

A los Dres. Alfredo Ortiz Frágola y Jorge Franco del Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas.

A la Dra. Nora Castiglia por el análisis estadístico.

A los pacientes por su participación.