

CALIDAD DE VIDA Y SALUD GENERAL PERCIBIDA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA ENTIDAD DE SALUD EN GRANADA (ESPAÑA)

JUAN MÁXIMO MOLINA LINDE, Ps.*, NANCY VIVIANA LEMOS RAMÍREZ, M.H.S.**

ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ, Ph.D.***

Remitido para publicación: 22-03-2012 - Versión corregida: 16-04-2012 - Aprobado para publicación: 30-04-2012

Resumen

Antecedentes: La calidad de vida guarda una estrecha relación con la salud de las personas, por lo que destaca la importancia de profundizar en su conocimiento. Su acercamiento supone considerar factores asociados al contexto social, biológico, psicológico y espiritual del ser humano. El presente estudio pretende analizar la relación entre calidad de vida y salud general percibida de las personas hospitalizadas en una institución de Granada, España.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal descriptivo. Las personas fueron seleccionadas mediante un muestreo aleatorio estratificado. Se administró el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), que evalúa las dimensiones de energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física. Luego de esto, se procedió a calcular un índice de salud general con la suma ponderada de las áreas antes mencionadas.

Resultados: En el PSN se obtuvo una puntuación media de salud general de 46,44 (DE: 21,10; IC del 95%, 43,92-48,96). A nivel global hay un deterioro en las áreas que mide el PSN a medida que la salud de las personas hospitalizadas se compromete. Igualmente, existe un empeoramiento de la salud general, conforme se incrementa la edad. Asimismo, las mujeres presentaron un mayor deterioro en la salud general que los hombres ($p = 0.000$).

Conclusión: Es pertinente priorizar la incorporación de programas salubristas que diseñen intervenciones para las personas que se encuentran en escenarios hospitalarios. Asimismo, se hace necesario incluir terapias anti-álgicas para aumentar la calidad de vida en esta población.

Palabras claves: Calidad de vida, perfil de salud, estado de salud

Arch Med (Manizales) 2012; 12(1): 9-17

Molina Linde JM, Lemos Ramirez NV, Uribe Rodríguez AF. Archivos de Medicina. Volumen 12 N° 1. ISSN: 1657-320X enero-junio de 2012. Universidad de Manizales, Manizales (Colombia).

* Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, España. juanm.molina.ext@juntadeandalucia.es
Correspondencia: Juan Máximo Molina Linde. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) Avda. Luis Montoto, 89, 4ª planta. Sevilla (España), 41007

** Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Puerto Rico
nancy.lemos@upb.edu.co

*** Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga, Colombia
anafernanda.uribe@upb.edu.co, ana.uribe@gmail.com

Perceived Quality of Life and General Health of Patients Hospitalized in a Health Entity of Granada (Spain)

Summary

Backgrounds: Nowadays, a person's health and their quality of life are tightly linked. Therefore, it is important to study in depth such connection by taking into account those factors associated to the social, biological, psychological and spiritual context of the human being. Due to the increasing interest in the study of the quality of life of people, its relation with the general health of those hospitalized in an institution in Granada, Spain, was analyzed.

Materials and Methods: The study was a quantitative, transversal and descriptive. Sample subjects were selected from a stratified aleatory sample of patients in an institution in Granada, Spain. The Nottingham Health Profile (NHP), which evaluates the energy, pain, emotional reaction, sleep, social isolation and physical mobility of the patient, was administered to each patient. Once administered the profile, using the average value, a general health profile index of the previously mentioned areas was calculated.

Results: A mean score of 46.44 in general health (SD: 21.10; CI OF 95%: 43.92-48.96) was obtained from the NHP. It can be observed that as a hospitalized person's health gets compromised, an overall decline can be observed in the areas measured by the NHP. Likewise, there is a tendency of a decline in a hospitalized person's health as their age increments. Also, when compared to men, women presented a greater decline in their general health ($p = 0.000$).

Conclusion: It is pertinent to incorporate relevant variables to the intervention therapies of hospitalized persons. Likewise, it is important to include in their treatment plans, pain management therapies in order to improve this population's quality of life.

Keywords: Quality of life, health profile, health status.

Introducción

La calidad de vida guarda una relación estrecha con la salud de las personas y ha sido parte de la historia humana, desde épocas antiguas. Sin embargo, la comunidad científica ha mostrado un interés relativamente reciente, que bien puede evidenciarse en la década del 1990 y se mantiene en el presente siglo¹. Dicho aspecto, enmarcado en el contexto actual, puede propiciar diversas interpretaciones, puesto que se entrecruzan las experiencias y percepciones propias de cada individuo. Desde una perspectiva subjetiva, se argumenta que de manera particular, debe tomarse en cuenta el

contexto ambiental, social y cultural; imbricado en el aspecto físico y espiritual del ser humano².

En la búsqueda incesante por conciliar un enfoque integrador y multidimensional, que aborde la calidad de vida, se hace pertinente la inclusión de factores biológicos y psicológicos, prestando atención a la complejidad humana. Dichos factores confluyendo entre sí, pueden propiciar un estado equilibrado que aporte al bienestar de las personas involucradas. La literatura científica sostiene que una perspectiva sistémica hace contribuciones importantes al estudio de la calidad de vida, ya que los distintos elementos que se relacionan con el

individuo, interactúan para provocar transformaciones³. Esto ha supuesto que a través de la historia, se generen diversas definiciones, en torno al constructo de calidad de vida. Ello guarda estrecha relación con los cambios acaecidos en las diferentes sociedades del mundo, en los últimos años.

Inicialmente, la calidad de vida apelaba al cuidado de la salud a nivel individual, luego se extrapoló a la salud e higiene pública, a partir de los postulados de los derechos humanos, incluyendo a su vez, el efecto de los bienes materiales en la vida de las personas¹. La Organización Mundial de la Salud⁴, se dio a la tarea de conceptualizar el término y profundizar en sus dimensiones y formas de evaluarlo, al reconocer la importancia de la percepción de una persona respecto a su situación en la vida. Hoy día, es frecuente que la comunidad científica se refiera al tema, desde la noción de calidad de vida relacionada a la salud. Varios autores sostienen que dicho término, permite la inclusión de la percepción de la persona sobre su propia enfermedad y el valor del tiempo de su vida, asociado a limitaciones de índole físico, psicológico y social⁵.

Los avances logrados hasta el momento, en el campo de la salud, ejercen una influencia notable en el aumento de la longevidad de las personas. Sin embargo, se indica que los estilos de vida que se ponderan en la actualidad, inciden en el aumento del desarrollo de enfermedades crónicas⁶. Por cuanto, dichas enfermedades pueden asociarse con su curso de acción ya que pueden acarrear un deterioro significativo en la calidad de vida de las personas. De igual forma, se genera preocupación no sólo por el estado de salud en los individuos, sino por la combinación de otros factores asociados a ésta.

A lo largo del tiempo, la evaluación de la salud ha seguido métodos objetivos, entre los que se destacan, marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos⁷. Sin embargo, debido al creciente interés por estudiar la calidad de

vida de los individuos, se han elaborado varios instrumentos que intentan medirla. Entre éstos, destacan el Perfil de Salud de Nottingham, Sickness Impact Profile, Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Pulmón y el Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de Mama⁸. Dichos instrumentos responden a la definición de la salud, planteada por la OMS⁴. Por consiguiente, unos abordan determinadas enfermedades, mientras que otros, pueden aplicarse a la población de manera genérica y a grupos de enfermos⁸. La importancia de estos instrumentos se sustenta en que permite aportar al estado funcional de las personas evaluadas, en los ámbitos de la salud física, mental y social. Se recalcan además, otros aspectos de interés como la información que se genera de una variable de expresión tipo subjetiva (calidad de vida), obteniendo un valor cuantitativo que representa el estado actual de salud del individuo⁷.

De acuerdo a los instrumentos genéricos, el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), fue diseñado para evaluar la percepción de la salud y la manera en que se ven afectadas las actividades propias de la cotidianidad por una enfermedad⁹. Este cuestionario consta de dos partes, la primera, mide seis dimensiones: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. La segunda parte del instrumento se compone de siete preguntas relacionadas a la existencia de limitaciones a causa de la salud¹⁰. Otro aspecto importante a mencionar se relaciona con la extensa evaluación que se ha hecho del instrumento, ya que tanto sus fortalezas como debilidades han sido demostradas¹¹. De igual manera, los reactivos del instrumento abarcan tanto problemáticas moderadas como severas, en el estado de salud de las personas¹². Esto, permite estudiar un mayor espectro de situaciones, dentro del marco de una población con diversas realidades.

El protocolo del PSN se usó en una muestra de pacientes diagnosticados con Parkinson y

con pacientes con enfermedad arterial periferal en Suecia para comprobar su validez¹³. Los autores concluyeron de acuerdo al estudio, que el instrumento posee buenas propiedades de medición en ambas muestras. Por lo tanto, esta investigación aporta evidencia empírica respecto a los méritos de la prueba, a la vez que apoya su capacidad taxativa, para ser usada de manera genérica en poblaciones que compartan esas características. En otro estudio realizado en España, se administró el PSN a una muestra de adultos mayores hospitalizados, cuyas funciones cognitivas se describían como variables, con el propósito de evaluar la confiabilidad y validez del instrumento en dicha población¹⁴. Los investigadores encontraron que el PSN es adecuado, confiable y válido, aún en pacientes con funciones cognitivas moderadas¹⁴. Ciertamente, estos estudios sustentan que el PSN se ha utilizado en distintos contextos y en diversas patologías, otorgándole buenos índices psicométricos en cuanto a su validez y fiabilidad.

La calidad de vida se relaciona además, con el apoyo emocional que brinda la red de significantes a las personas con afecciones médicas¹⁵. Estos hallazgos permiten crear modelos inclusivos que tomen en cuenta elementos bio-psico-sociales que posibiliten estilos de vida más saludables en las sociedades contemporáneas. Esto genera un apoyo social flexible frente a las estrategias de afrontamiento que promueven una mejor calidad de vida entre los seres humanos.

La literatura evidencia la relevancia del PSN en el abordaje de la calidad de vida relacionada a la salud. Por tal razón, las nuevas vertientes discursivas permiten la inclusión de indicadores clásicos de corte cualitativo y cuantitativo, como la expresión propia del impacto en la satisfacción del paciente. Debido al creciente interés por estudiar de manera integral la calidad de vida, se analizó su relación con la salud de las personas hospitalizadas en un hospital de tercer nivel de Granada, España.

Materiales y métodos

Con el propósito de responder a los objetivos establecidos, se realizó un estudio de enfoque metodológico cuantitativo con un diseño investigativo de tipo transversal descriptivo, mediante encuesta en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, España durante los meses de enero a mayo de 2007. Para acceder al estudio se establecieron los siguientes criterios de inclusión: estar hospitalizado al momento de la encuesta y presentar un estado de conciencia que facilitara la realización de la misma. Se excluyeron los pacientes que al momento del estudio estaban ingresados en las siguientes unidades: Cuidados Intensivos, Reanimación, Psiquiatría y Desintoxicación, por entender que escapaban de los objetivos del trabajo. De igual forma, no se contó con aquellas personas diagnosticadas con alguna enfermedad neurológica (tipo demencia) o psiquiátrica que creara duda respecto a la fiabilidad de las respuestas.

El número de pacientes necesarios para obtener una muestra significativa de la población hospitalizada, 812 camas en el momento de la encuesta, se calculó tomando en cuenta los siguientes postulados: prevalencia del dolor en el 50 por ciento de los sujetos; una diferencia máxima del 10 por ciento entre la prevalencia del dolor en la muestra y en la población; y un nivel de significación estadístico del 95 por ciento. Esto permitió incluir una muestra representativa de los pacientes hospitalizados en las unidades del hospital, excluyendo las áreas mencionadas previamente. Las personas se seleccionaron mediante un muestreo aleatorio estratificado. Sin embargo, aquellos sujetos que por algún criterio de exclusión no entraron a formar parte del estudio fueron reemplazados.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de cuestionarios individualizados para obtener los datos sociodemográficos del paciente como edad, sexo, nivel cultural, estado civil, situación familiar y área hospitalaria en

la que se encontraban ingresados. Además, se administró el protocolo del PSN, como instrumento genérico de medida de la calidad de vida, y usando la entrevista personal, dadas las características de la población (elevada tasa de analfabetismo y alto porcentaje de personas en el grupo de edad avanzada). El tiempo promedio de contestación del instrumento osciló en los 10 minutos. Cada dimensión del PSN fue debidamente puntuada, puesto que se esperaba que la persona entrevistada contestara «sí» en caso de que el ítem reflejara adecuadamente su estado actual o sentimiento, o respondiera «no», en cualquier otro caso. Las respuestas se codificaron otorgando un «1» a la contestación de «sí», y un «0» a la premisa «no». Las premisas positivas de cada dimensión se multiplicaron por el valor ponderal, se sumaron y se transformaron en una puntuación de «0» (mejor estado) a «100» (peor estado). Luego de este proceso, se recogió la puntuación total del cuestionario de cada participante en la variable denominada salud general para una valoración de modo global.

Cabe señalar que aunque la ponderación global de la salud general no ha sido validada, puede ser de interés para valorar a cada paciente. Ha sido utilizado para comparar el deterioro manifestado en cada dimensión, según las distintas variables. Los estudios comparativos llevados a cabo, tanto para la población general como para pacientes, han mostrado buenos resultados de validez de constructo y de contenido. La consistencia interna es alta pero menor de 0,9 para todas las dimensiones, el *test-retest* también es alto para todas las dimensiones¹⁶. De igual forma, la sensibilidad al cambio ha sido evaluada en diversos estudios observacionales, mostrando resultados adecuados. En definitiva, el PSN es un cuestionario de medida del estado de salud que se puede aplicar adecuadamente a las personas. El contenido de los ítems es entendible y aceptado por personas de distintas edades, por cuanto, las premisas no contienen expresiones en negación, son sencillas y

cortas, necesitando una mínima capacidad de comprensión para ser contestadas¹⁴.

La descripción de las variables cuantitativas se realizó mediante media, desviación estándar (DE) e intervalo de confianza (IC). Por otra parte, las variables cualitativas se describieron a través de análisis de frecuencias y porcentajes. Se utilizó la estadística analítica *t de Student*, para la comparación de medias en variables cualitativas dicotómicas y análisis de la varianza para la comparación de medias, en el caso de variables cualitativas con más de dos categorías. Para llevar a cabo el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 17.0 para Windows (SPSS Inc.).

En cada una de las etapas de la presente investigación, prevaleció el respeto por la dignidad de las personas que participaron en la misma. Asimismo, se salvaguardó la confidencialidad y se protegieron los derechos de los pacientes. Por otra parte, los participantes fueron debidamente informados del propósito, los beneficios y los riesgos del estudio mediante una hoja de consentimiento informado.

Resultados

Se seleccionó una muestra compuesta por 271 pacientes hospitalizados, lo que supone el 33,37% del total de la población. La edad media de los pacientes era de 56,79 años ([DE] 18,22; recorrido de 16 a 89 años). La distribución por edades fue la siguiente: menores de 30 años (11,1%), 31-49 años (22,1%), 50-64 años (22,9%), 65-79 años (37,3%) y mayores de 80 años (6,6%). El estudio contó con una distribución por sexo similar de 133 hombres (49,1%) y 138 mujeres (50,9%). Tomando en cuenta la variable socio-demográfica del estado civil, 67,2% de los sujetos eran casados, 12,5% estaban solteros, un 14,4% eran viudos, un 5,5% eran divorciados o separados y un 0,4% vivían en pareja. De acuerdo a la convivencia, el 13,7% vivían solos y un 86,3% vivía acompañado.

Respecto al nivel cultural, un 14% eran analfabetos, un 35,1% eran analfabetos funcionales, un 30,6% tenían estudios primarios, sólo un 11,8% tenían estudios secundarios y otro 8,5% tenían estudios superiores. El 56,5% de los pacientes estaban ingresados en el área médico quirúrgico, un 26,9% en traumatología y rehabilitación; y un 16,6% en materno infantil. A través del instrumento PSN se obtuvo una puntuación media de salud general de 46,44 ([DE]: 21,10; [IC]: 95%, 43,92-48,96).

El grado medio de deterioro, así como sus IC, de cada uno de los apartados del cuestionario se recogen en la Figura 1.

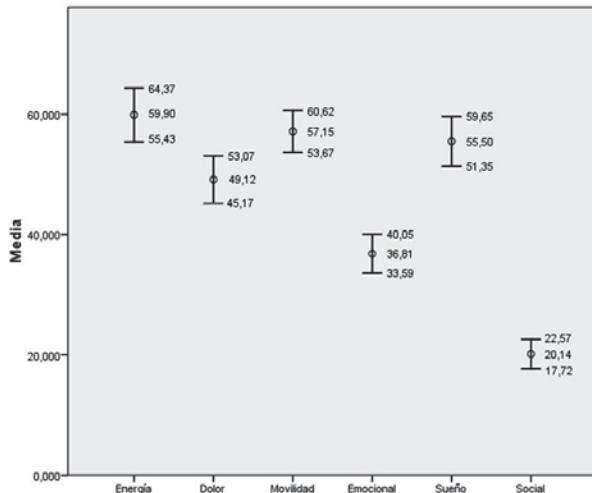


Figura 1. PSN-puntuación por dimensiones. Cifras expresadas en porcentaje de deterioro con IC del 95%

Con relación al sexo, las mujeres presentaron un mayor deterioro en salud general (media = 50,88 y [DE] = 21,44 frente a media = 41,83 y [DE] = 19,79; $p < 0,000$). De acuerdo a las dimensiones que analiza el cuestionario, se presentan diferencias estadísticamente significativas en todas ellas, excepto en el área social.

Teniendo en cuenta la variable edad, el deterioro de salud general apuntaba un incremento, no estadísticamente significativo, según aumentaba aquella (media = 40,24 y [DE] = 19,48 en menores de 30 años; media = 46,38, y

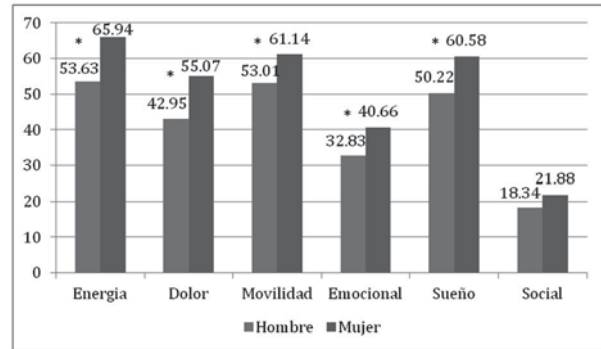


Figura 2. PSN-puntuación por dimensiones y sexo. Comparación de las medias de deterioro según sexo: *, $p < 0,001$

[DE] = 22,64 de 31 a 49 años; media = 46,65, y [DE] = 19,75 de 50 a 64 años; media = 46,19 y [DE] = 21,41 de 65 a 79 años; y media = 57,66 y [DE] = 18,64 en los mayores de 80 años; ($p = 0,102$). En la Figura 3 se muestra la relación entre edad y calidad de vida en las diferentes dimensiones del cuestionario apreciándose diferencias estadísticamente significativas sólo en el caso de la movilidad.

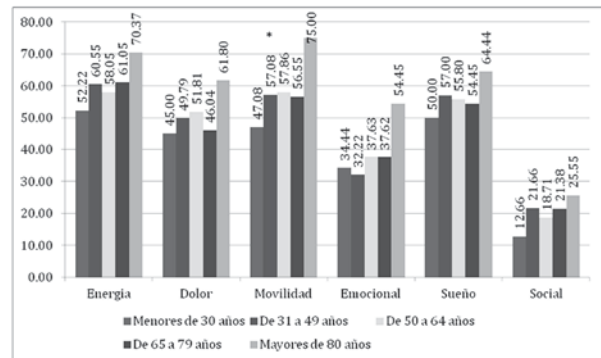


Figura 3. PSN-Puntuación por dimensiones y edad. Comparación de las medias de deterioro según edad: *, $p < 0,001$

En la Tabla 1 se recoge la relación entre las distintas dimensiones de la calidad de vida y el nivel de estudio y tipo de convivencia de los pacientes.

En la Figura 4 se representa el grado de deterioro en las distintas esferas del cuestionario en relación con el área en el que se encuentra

Tabla 1. PSN-puntuación por dimensiones y nivel cultural y convivencia

	Energía		Dolor		Movilidad		Emocional		Sueño		Social	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
Analfabeto	64,912	38,708	58,553	31,583	60,526	25,257	43,275	31,616	65,263	30,021	27,368	22,018
Analfabeto funcional	62,807	35,684	48,553	32,251	62,368	24,966	40,585	28,061	56,632	33,852	21,684	20,141
Estudios primarios	58,635	37,752	46,837	33,691	54,970	31,835	34,137	24,649	52,530	36,387	18,554	19,947
Estudios secundarios	58,333	34,909	46,875	32,223	45,703	32,005	28,819	19,928	49,375	38,010	11,875	15,120
Estudios superiores	46,377	43,507	47,283	37,111	53,804	32,297	31,401	28,358	53,913	33,267	19,130	22,139
	p = 0,354		p = 0,444		p = 0,052		p = 0,072		p = 0,313		p = 0,023	
Vive solo	71,171	33,483	56,081	29,992	62,500	28,868	44,144	27,528	65,405	32,540	31,351	25,184
Vive acompañado/a	58,120	37,736	48,024	33,396	56,303	29,051	35,660	26,812	53,932	34,801	18,376	18,872
	p = 0,048		p = 0,168		p = 0,229		p = 0,076		p = 0,061		p = 0,004	

ingresado el paciente, mostrando diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de dolor y movilidad.

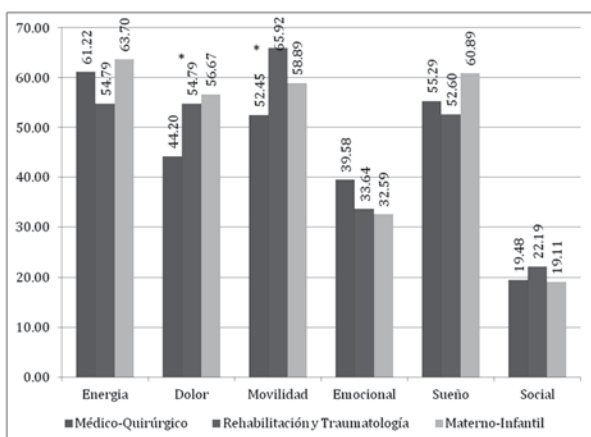


Figura 4. PSN-puntuación por dimensiones y área de ingreso en el hospital. Comparación de las medias de deterioro según área de hospitalización: *, $p < 0,001$

Discusión

A tenor con los resultados que se desprenden de la investigación con población hospitalizada en la ciudad de Granada, España, se establece que es pertinente que el sistema salubrista genere intervenciones psicosociales que aporten un mayor bienestar a los seres humanos. Asimismo, es importante priorizar la

incorporación de programas con el adecuado establecimiento de terapias anti-álgicas que respondan a las necesidades de los pacientes hospitalizados. Esto, ciertamente, es cónsono con lo expuesto en un estudio en Colombia, respecto a que la calidad de vida se representa en un constructo multidimensional y la fuente primaria de información es la propia persona, en tanto, identifica factores que pueden ser modificados¹⁷.

Se destacan por su parte, elementos novedosos y de cuidado que afectan la salud general de las personas desde una perspectiva integral. Asimismo, este estudio constituye una aproximación hacia la condición de salud de carácter subjetivo en los pacientes hospitalizados en un rango de edad que va de los 16 a los 89 años. Este acercamiento responde a la importancia que se le adjudica en la actualidad a la calidad de vida relacionada con la salud tanto en instituciones hospitalarias como en las agencias que atienden el tema de la salud pública en general. De igual forma, esta investigación recalca un alto cumplimiento en la concreción del PSN como instrumento para medir la salud percibida. El PSN, como uno de los instrumentos de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se ha convertido en un cuestionario altamente utilizado

dentro de los sistemas sanitarios por su valor predictivo¹⁸.

Los resultados en este estudio muestran diferencias estadísticamente significativas en la salud general percibida al tomar en cuenta la variable sexo. Las mujeres presentaron un mayor deterioro que los hombres en la salud percibida, en la muestra de pacientes hospitalizados que participó de la investigación. Este hallazgo puede estar relacionado con la mayor demanda y utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres, apoyando así, una atención médica más frecuente¹⁹. Sin embargo, otros autores argumentan que en términos generales, las mujeres presentan mayor expectativa de vida y enfermedades de mejor pronóstico¹⁷.

La asociación entre la edad y la calidad de vida relacionada con la salud apunta hacia un deterioro de ésta a medida que la primera aumenta. Este aspecto ya ha sido descrito en otros estudios, destacando el que se llevó a cabo en la ciudad de Barranquilla, Colombia, en el que se señaló que las personas más jóvenes reflejan una alta calidad de vida, comparado con personas mayores²⁰. En la presente investigación, se encontró que en cada una de las dimensiones que mide el PSN se obtuvieron puntuaciones superiores entre las personas de 80 años o más hospitalizadas, significando mayor afección en la salud percibida.

Los datos también indican que un alto porcentaje de personas viven acompañadas, sin embargo, no es nada desdeñable el porcentaje de personas que viven solas. Esto supone la consideración de otro elemento importante relacionado a los cuidadores y la percepción del estado de su salud, para futuras investigaciones. Un estudio llevado a cabo en España, mostró que la percepción general de salud de las personas cuidadoras es peor que la de la

población general de dicho país²¹. Dicho hallazgo posiblemente esté relacionado con el riesgo que tienen de sufrir el denominado Síndrome del cuidador. Por cuanto, es altamente relevante que los cuidadores tomen en cuenta la importancia de vigilar su estado de salud.

Finalmente, en este estudio se midió el grado de deterioro en las distintas dimensiones del cuestionario del PSN en relación con el área en el que se encontraba ingresado el paciente. Las esferas de energía, dolor y sueño presentaron mayores puntuaciones en aquellas personas ingresadas en el área del hospital materno-infantil. Por su parte, los participantes de la unidad de rehabilitación y traumatología reportaron resultados mayores en las dimensiones de movilidad y apoyo social. Sin embargo, los sujetos de la unidad médico-quirúrgica presentaron puntuaciones elevadas en la esfera del PSN, relacionada al componente emocional.

Esta investigación apoya la construcción de un marco referencial coherente que dé cuenta de los conceptos de salud que se interrelacionan, posibilitando un mejor entendimiento de la calidad de vida de las personas. Desde el acercamiento bio-psicosocial hay una integración de las necesidades que se atemperan tanto a la persona que presenta alguna condición médica como a su familia o red de significantes. Por lo tanto, se encausan esfuerzos hacia el fortalecimiento de la dimensión personal y social. Así, se minimizaría el impacto que la afección médica pueda repercutir en actividades propias de la cotidianidad y en la autonomía de las personas. La calidad de vida relacionada con la salud como constructo, posibilita que se evalúe la salud percibida de manera individual, aportando información en otros ámbitos como el impacto en la salud mental y en el entorno en que se desempeñan las personas.

Agradecimientos

Esta investigación pudo alcanzar los objetivos establecidos gracias a la participación de los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, España. De igual forma, es pertinente resaltar la colaboración de los funcionarios y funcionarias de dicha institución en la consecución del estudio propuesto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses que puedan influir en el interés primordial y los objetivos de este artículo o en su opinión profesional respecto al asunto.

Literatura citada

- Schwartzmann L. **Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales.** *Cienc Enferm.* 2003; 9: 9-21.
- Castillo A, Arocha C, Armas N, Castillo I, Cueto M, Herrera M. **Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas.** *Rev Cubana Invest Bioméd.* 2008; 1-6.
- Zamberlan C, Calvetti A, Deisvaldi J, Desiqueira H. **Calidad de vida, salud y enfermería en la perspectiva ecosistémica.** *Enferm Global.* 2010; 20.
- Organización Mundial de la Salud. Informe anual [en línea] 2004 [10 de marzo de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.
- Castillo A, Arocha C, Castillo I, Cueto M, Armas N. **Propuesta de un instrumento para medir calidad de vida relacionada con la salud en instituciones sanitarias cubanas.** *Rev Cubana Invest Bioméd.* 2009; 1-11.
- Flores M, Troyo R, Vega M. **Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México.** *Proc Psicol Soc.* 2010; 6: 1-24.
- Tuesca R. **La calidad de vida, su importancia y cómo medirla.** *Salud Uninorte.* 2005; 21: 76-86.
- Gaviria A, Vinaccia S, Riveros M, Quiceno J. **Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico.** *Psicol Caribe.* 2007; 20: 50-75.
- Alonso J, Anto J M, Moreno C. Spanish version of the **Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity.** *Am J Public Health.* 1990; 80: 704-8.
- Plant P, McEwen J, Prescott K. **Use of Nottingham Health Profile to test the validity of census variables to proxy the need for health care.** *Int J Public Health.* 1996; 18: 313-20.
- Ozalevli S, Karaali H, Cankurtaran F, Kilinc O, Akkoçlu A. **Comparison of Short Form-36 Health Survey and Nottingham Health Profile in moderate to severe patients with COPD.** *J Eval Clin Pract.* 2008; 14: 493-9.
- Lamarca R, Alonso J, Santed R, Prieto L. **Performance of a perceived health measure in different groups of the population: a comprehensive study in Spain.** *J Clin Epidemiol.* 2001; 54: 127-35.
- Wann-Hansson C, Klevsgard R, Hagell P. **Cross-diagnostic validity of the Nottingham health profile index of distress (NHPD).** *Health Qual Life Outcomes.* 2008; 6: 47.
- Baró E, Ferrer M, Vázquez O, Miralles R, Pont A, Cervera A, et al. **Using the Nottingham Health Profile (NHP) among older adult inpatients with varying cognitive function.** *Qual Life Res.* 2006; 15: 575-85.
- García E, Cruz N, Valero A. **Calidad de vida de pacientes con enfermedad de Huntington: un enfoque social.** *Arch Neurocienc.* 2007; 16-7.
- Bowling A. **La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida.** Barcelona: SG Masson; 1994.
- Salas C, Grisales H. **Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia.** *Rev Panam Salud Pública.* 2010; 28: 9-18.
- Oeyen SG, Vandijck DM, Benoit DD, Annemans L, Decruyenaere JM. **Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature.** *Crit Care Med.* 2010; 38: 2386-400.
- Barradas R, Furquim M, Valencia C, Pereira Z. **Gender and health inequalities among adolescents and adults in Brazil, 1998.** *Rev Panam Salud Pública.* 2007; 21: 320-7.
- Tuesca R, Centeno H, de la Ossa M, García N, Lobo J.. **Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia).** *Salud Uninorte.* 2008; 24: 53-63.
- Fernández P, Martínez S, Ortiz N, Carrasco M, Solabarrieta J, Gómez I. **Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga.** *Psicothema.* 2011; 23: 388-93.