FUNDACION H.A.BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO COMPARATIVO: EVALUACIÓN CALIDAD DE VIDA EN HOMBRES CON Y SIN ENFERMEDAD CORONARIA MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36.

AUTOR/ES: Maccione, María Fernanda

TUTOR/ES DE CONTENIDO: Lic. Altobelli, Laura

TUTOR/ES METODOLÓGICO: Lic. Ronzio, Oscar

FECHA DE LA ENTREGA: 22-12-2014

CONTACTO DEL AUTOR: f3rchulina@gmail.com

Lic. Altobelli Laura
MN 6269
Firma, aclaración y sello
Tutor de contenido trabajo de investigación final

RESUMEN

Las enfermedades coronarias son en el mundo la principal causa de muerte prematura, de mortalidad y de morbilidad en adultos, particularmente en los países desarrollados, su prevalencia es del 50% y con un predominio de mortalidad en las personas de bajos recursos. La etiología es multifactorial, siendo en su mayoría factores exógenos (75%) y genéticos que representan alrededor de un 25% de la etiología. Asimismo, se ha observado una elevación de su incidencia en pacientes con los siguientes factores de riesgo: hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, sedentarismo, obesidad y estrés; los cuales presentándose en manera aislada o asociados pueden ser detectados oportunamente y corregidos de modo que es posible reducir la mortalidad. Varios análisis indicaron que la calidad de vida de los pacientes con enfermedades coronarias es bastante baja, ya que la enfermedad afecta a todos los aspectos de la vida, tales como la funcionalidad física, el equilibrio emocional, socialización, y bienestar general. La medición de la calidad se considera que es un factor importante en la evaluación objetiva y subjetiva del individuo. La calidad de vida se ha convertido en un objetivo clave para pacientes con enfermedades coronarias ya que en el ámbito medico ésta se relaciona con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.

Material y métodos: Se aplicó la encuesta de salud Short Form-36 a 20 personas las cuales fueron divididas en dos grupos, un grupo de pacientes con afección coronaria y el segundo grupo de personas sin afección; ambos grupos con personas de sexo masculino de 40 a 70 años de edad.

Resultados: De las 20 personas que fueron entrevistadas con el cuestionario SF-36 eran todos hombres de entre 40 y 70 años de edad; de los cuales 10 (50%) eran portadores de algún tipo de enfermedad coronaria con una antigüedad mínima de un año, los otros 10 participantes (50%) no poseían ningún tipo de afección coronaria. GRUPO 1: Personas con algún tipo de afección coronaria. En relación con la Salud Física, en el dominio de Función Física se obtuvo una media de 79,5, en Rol Físico 90, Dolor Corporal 79,5 y Salud General 62,5 de media. Con respecto a la Salud Mental se obtuvo una media de 57,5 de Vitalidad, 73,75 en Función Social, 65,56 en rol emocional y en el dominio de Salud Mental 17,66. Con respecto a los cambios en la salud en el tiempo se calculó una media de 65.
GRUPO2: Personas sin afección coronaria: En relación con la Salud física, en el dominio Función Física se obtuvo una media de 90,5, en Rol Físico 90, Dolor corporal 81,75 y Salud General 70 de media. Con respecto a Salud Mental se obtuvo una media de 70 en Vitalidad, 85 en Función Social, 93,33 en rol emocional y en el dominio de Salud Mental 14,9. Con respecto a los cambios de salud en el tiempo se calculó una media de 55.
Discusión y Conclusión: El concepto de calidad de vida hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, recogiendo aspectos subjetivos como objetivos. En relación a los datos obtenidos, se observo una diferencia significativa entre ambos grupos, donde se establece que los pacientes con enfermedad coronaria tiene una calidad de vida disminuida en comparación a personas sin ningún tipo de afección coronaria, siendo las principales dimensiones afectadas: rol emocional, la vitalidad y Función social.

Palabras Clave: Calidad de vida- Cuestionario SF-36- Enfermedades Coronarias.

ABSTRACT

Introduction: Heart disease is the world's leading cause of premature death, mortality and morbidity in adults, particularly in developed countries, a prevalence of 50% and a predominance of mortality in people with low incomes. The etiology is multifactorial, being mostly exogenous (75%) and genetic factors account for about 25% of the etiology. Also increase in incidence was observed in patients with the following risk factors: hypertension, hypercholesterolemia, smoking, diabetes, physical inactivity, obesity and stress; these can be detected and corrected in a timely manner so that it is possible to reduce mortality. Several test indicated that quality of life of patients with coronary heart disease is low, because the disease affects all aspects of life: physical functioning, emotional balance, socialization, and general welfare. The measurement of quality is considered to be an important objective and subjective evaluation of the individual factor. Quality of life has become one of the most important point for patients with coronary heart disease since in the medical field it is related to the disease itself or to treatment effects.

Material and methods: for the survey Short Form-36 was used 20 people were divided into two groups applies: a group of patients with coronary disease and another group of people without condition; both groups with males from 40 to 70 years old.

Results: Of the 20 people who were interviewed with the questionary were all men between 40 and 70 years old; of which 10 (50%) had some of heart disease with a minimum of one year, the other 10 participants (50%) did not have any heart condition. GROUP 1: People with some kind of Heart disease. Regarding Physical Health in Physical Function domain average of 79.5, 90 Role Physical, Body Pain and General Health 79.5, 62.5 average was obtained. Regarding Mental Health an average of 57.5 was obtained Vitality, Social Function 73.75 and 65.56 emotional role in the domain of Mental Health 17.66 was obtained. About changes over time an average of 65 was calculated. GROUP2: People without Heart disease: Regarding Physical Health, Physical Function domain averaging 90.5, 90 Role Physical, Body Pain and General Health 81.75, 70 medium was obtained. Regarding Mental Health an average of 70 was obtained Vitality, Social Function 85 and 93,33 emotional role in the domain of Mental Health 14.9 was obtained. About changes over time an average of 55 was calculated.

Discussion and conclusion: The quality of life concept refers to the assessment of perceived health by each person, collecting subjective aspects as objective aspects.

Regarding the information obtain we can find an important difference between both groups: patients with coronary artery disease has a decreased quality of life compared to people without any heart condition, the main affected dimensions: emotional role, vitality and social function.

Keywords: Quality of Life- SF-36- Heart Disease.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades coronarias (CHD) son en el mundo la principal causa de muerte prematura, de mortalidad y de morbilidad en adultos, particularmente en los países desarrollados, su prevalencia es del 50% y con un predominio de mortalidad en las personas de bajos recursos. En los últimos años hubo una importante disminución general de la incidencia de muertes, variando según la raza/etnia, sexo, edad, región geográfica etc. (1-5)

La etiología de CHD es multifactorial, siendo en su mayoría factores exógenos (75%) y genéticos que representan alrededor de un 25% de la etiología. Asimismo, se ha observado una elevación de su incidencia en pacientes con los siguientes factores de riesgo: hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, sedentarismo, obesidad y estrés; los cuales presentándose en manera aislada o asociados pueden ser detectados oportunamente y corregidos de modo que es posible reducir la mortalidad en CHD.(1, 6-8) Cuando existen dos o más de los factores de riesgo nombrados anteriormente, la predicción de que se presente un evento coronario se incrementa en forma potencial.(7) Se ha observado que varones adultos sanos pueden tener un mayor riesgo de desarrollar CHD aguda.(5)

En nuevos estudios se indica que la exposición crónica al estrés juega un papel importante en la fisiopatología de las enfermedades del corazón a través de la activación con el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, sistema simpático –parasimpático y cascadas inflamatorias.(1)

En estudios realizados en países industrializados se demostró la estrecha relación entre el nivel de colesterol, presión arterial y consumo de cigarrillos con el riesgo de padecer un episodio coronario agudo.(9)

Varios análisis indican que la calidad de vida (CV) de los pacientes con CHD es considerablemente baja, ya que la enfermedad afecta a todos los aspectos de la vida, tales como la funcionalidad física, el equilibrio emocional, socialización, y bienestar general. La medición de la CV se considera que es un factor importante en la evaluación objetiva y subjetiva del individuo. Para las personas que viven con CHD crónicas la evaluación de la CV ha adquirido mayor relevancia para su salud ya que estos sufren diferentes efectos adversos por dicha enfermedad. Hay que tener en cuenta que las fallas coronarias se acompañan de fatiga, disnea y actividad física restringida, que afectan negativamente en varios dominios de la CV. Estudios han demostrado que la mejora de la CV en este tipo de pacientes asegura un mejor cumplimiento de las necesidades terapéuticas.(2, 3, 10)

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad, con lo cual el termino evolucionó, desde una definición conceptual, hasta métodos objetivos, los cuales mediante cuestionarios o instrumentos que generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Actualmente la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental.(11)

La CV se ha convertido en un objetivo clave para pacientes con CHD ya que en el ámbito medico ésta se relaciona con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Entre las ventajas de medir la CV destacan la posibilidad en evaluar a la población en general y obtener valores poblacionales de referencia; permite comparar grupos poblacionales o con pacientes con valores de referencia, así como la comparación entre grupos con la misma o diferente patología, y contribuye a orientar políticas sanitarias o intervenciones para mejorar la salud de aquellos grupos poblacionales o de pacientes cuya CV es más desfavorable.(11-13)

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. En este contexto, es el paciente quien debe emitir el inicio perceptivo de CV.(11)

La evaluación de CV es sumamente importante, pero difícil de cuantificar objetivamente; ya que se basa en mediciones blandas con una carga variable de subjetividad que requiere métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. Dichas mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, se emplean instrumentos que abarcan diferentes dominios relacionados con los valores subjetivos del paciente, determinados a su vez por los contextos sociales, culturales y económicos, que también se ven afectados por la enfermedad o por el tratamiento mismo.(11, 14, 15)

La CV relacionada con la salud puede medirse en cuestionarios genéricos o específicos. Este tipo de evaluación es importante en pacientes cardíacos porque la calidad de vida es tan importante como la cantidad de vida.(10, 16)

Para fundamentar esta investigación se utilizará un cuestionario genérico el cual será auto-administrado; el más destacado es el *Short-Form Health* (SF-36) por su uso frecuente y cuya versión española tiene buena reproductividad y validez, siendo utilizado tanto en estudios descriptivos como de evaluación de resultados clínicos. Las propiedades psicométricas del cuestionario SF-36 han sido ampliamente estudiadas y ha demostrado ser fiable, válido y sensible tanto en población general como en pacientes con diferentes afecciones.(11, 12, 16, 17)

El objetivo de éste trabajo será determinar la calidad de vida de pacientes coronarios mediante el cuestionario SF-36 y compararla con personas sin afección cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se aplicó un modelo de investigación observacional- descriptivo. En el estudio participaron 20 personas de sexo masculino de entre 40 y 70 años de edad.

Criterios de Inclusión:

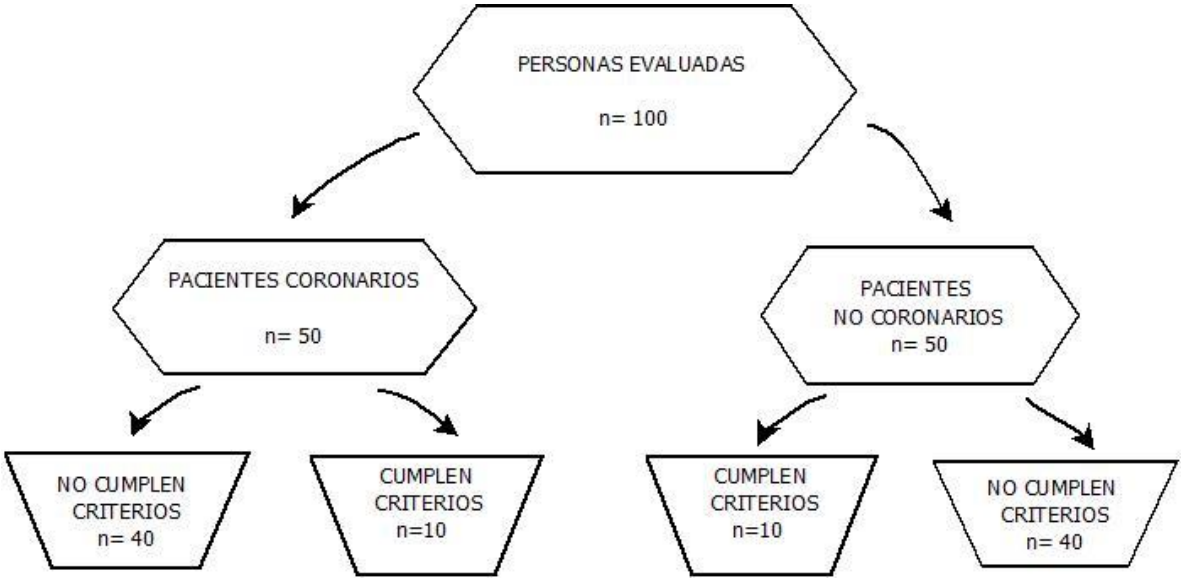
- Pacientes masculinos
- Pacientes de un rango de edad entre 40 y 70 años de edad

- Pacientes con diagnostico de patología coronaria por lo menos de un año de antigüedad.
- Pacientes sin diagnostico de afección coronaria.

Criterios de exclusión:

- Pacientes Femeninos
- Pacientes menores de 40 años y mayores de 70 años de edad.

División en grupos: GRUPO 1 (G1): personas sin ningún tipo de afección coronaria y GRUPO 2 (G2): Personas con algún tipo de afección coronaria, a los mismos se les realizó la encuesta SF-36 para medir su CV. Las personas de G2 tenían un diagnostico documentado de CHD en su historia clínica. Se excluyeron pacientes cuya afección no tenía una duración mínima de un año y no cumplían con los criterios de inclusión nombrados anteriormente. El G1 se conformó por personas elegidas al azar que cumplían los criterios de inclusión de sexo y edad.



Para la recolección de datos, se requirió que todos los pacientes completen el cuestionario Short Form-36 (SF-36). Este mismo fue la herramienta principal del estudio para la medición de la calidad de vida. Todos los individuos acudieron de forma voluntaria a la realización del SF-36 y firmaron de manera conjunta el consentimiento informado aceptando participar en dicho estudio.

El SF-36 incluye 36 preguntas que miden 8 dimensiones de la salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Para cada dimensión, los ítems son agregados y transformados en una escala de 0 (Totalmente afectada) a 100 (sin afectar o nula). A los fines del estudio se define que un puntaje en esta escala de entre 0 y 25 se considera una alteración muy severa de la calidad de vida; entre 25 y 50 severa; entre 50 y 75 moderada y mayor de 75 con alteración leve o nula. Esta puntuación se conoce como puntuación cruda.

Para la recolección y volcado de datos se confeccionó una tabla Excel con todos los ítems del cuestionario y la respuesta de cada paciente para cada ítem. A cada respuesta se le dió un puntaje, según mencionamos anteriormente 0 (totalmente afectada) 100 (sin afectar o nula). Luego se dividieron los datos por dominio, se sacaron los puntajes y por último los promedios para cada dominio.

RESULTADOS

De las 20 personas que fueron entrevistadas con el cuestionario SF-36 eran todos hombres de entre 40 y 70 años de edad; de los cuales 10 (50%) eran portadores de algún tipo de Enfermedad coronaria de una antigüedad mínima de un año, los otros 10 participantes (50%) no poseían ningún tipo de afección coronaria.
Se analizaron los resultados según lo estipulado por el Cuestionario SF-36 el cual planteaba dividir los ítems o las preguntas en 8 Dominios. (TABLA1)

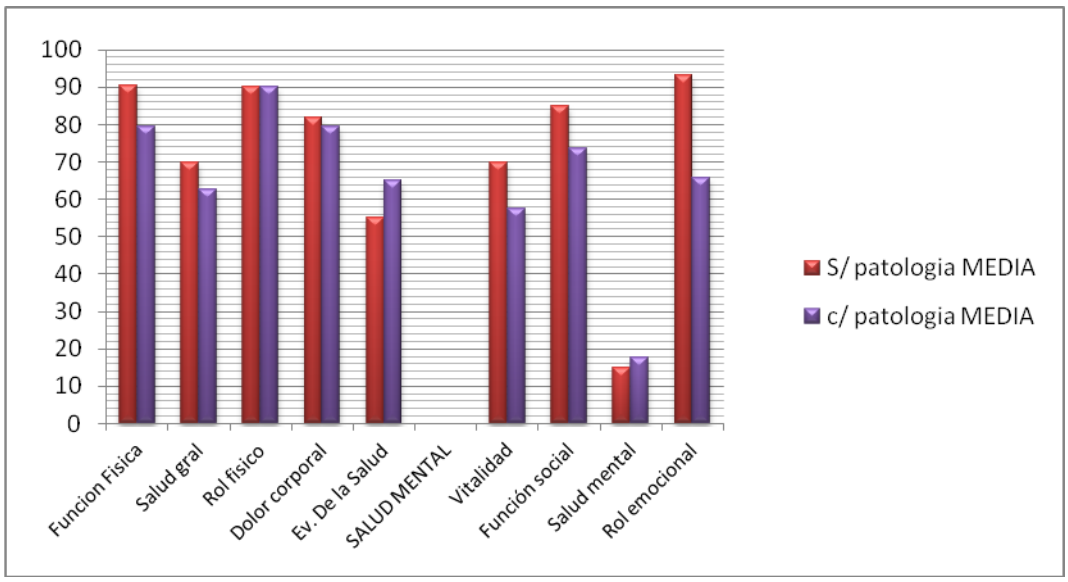
ESCALA	RESUMEN DEL CONTENIDO	Nº DE PREGUNTAS O ITEMS
Función física	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos	10
Rol físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades	4
Dolor corporal	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar	2
Salud general	Valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar	5
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento	4
Función social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual	2
Rol emocional	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento diarias	3
Salud mental	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general	5
Evolución de la salud	Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás	1

TABLA 1: RESUMEN DE LAS DEFINICIONES PARA CADA DOMINIO DEL SF36

Los resultados obtenidos a través del Cuestionario SF-36, han sido calculados a través de la media del puntaje total de cada dominio en el cual se dividió cada Grupo de evaluación.
GRUPO 1: Personas sin afección coronaria.
En relación con la Salud física, en el dominio Función Física se obtuvo una media de 90,5, en Rol Físico 90, Dolor corporal 81,75 y Salud General 70 de media. Con respecto a Salud Mental se obtuvo una media de 70 en Vitalidad, 85 en Función Social, 93,33 en rol emocional y en el dominio de Salud Mental 14,9. Con respecto a los cambios de salud en el tiempo se calculó una media de 55.La media general de todas las preguntas fue de 72,28.
GRUPO 2: Personas con algún tipo de afección coronaria.
En relación con la Salud Física, en el dominio de Función Física se obtuvo una media de 79,5, en Rol Físico 90, Dolor Corporal 79,5 y Salud General 62,5 de media. Con respecto a la Salud Mental se obtuvo una media de 57,5 de Vitalidad, 73,75 en Función Social, 65,56 en rol emocional y en el dominio de Salud Mental 17,66. Con respecto a los cambios en la salud en el tiempo se calculó una media de 65. La media general en este grupo fue de 65,66.

DOMINIOS	S/ patologia		c/ patologia	
	n	MEDIA	n	MEDIA
SALUD FISICA				
Funcion Fisica	10	90,5	10	79,5
Salud gral	10	70	10	62,5
Rol fisico	10	90	10	90
Dolor corporal	10	81,75	10	79,5
Ev. De la Salud	10	55	10	65
SALUD MENTAL				
Vitalidad	10	70	10	57,5
Función social	10	85	10	73,75
Salud mental	10	14,9	10	17,66
Rol emocional	10	93,33	10	65,56
Media Total	72,28		65,66	

Los resultados mostraron una amplia variación en las puntuaciones obtenidas entre G1 y G2 siendo la media total de las dimensiones 72,28 y 65,66 respectivamente. En función a los resultados obtenidos se observaron grandes diferencias entre ambos grupos evaluados, siendo el G1 (sin patología) el que obtuvo mayor puntaje general de calidad de vida con una media total de 72,27 y el G2 (con patología) con una media total de 65,66. Las dimensiones más significativas fueron la de Rol emocional con una diferencia de 27,77 en la cual el G1 obtuvo un puntaje de 93,33 y el G2 de 65,56 de media; en segundo lugar lo mas alterado es la Vitalidad con una diferencia de 12,5, el G1 obtuvo 70 de media y el G2 57,5 de la misma. La función social también se observa con cambios significativos del 11,25 siendo G1 con una media de 85 y el G2 73,25.La dimensión menos afectada, sin ningún tipo de variación, es la de Rol físico con una media de 90 para ambos grupos.



DISCUSÍÓN Y CONCLUSIÓN

Del análisis de los datos obtenidos, se pone de manifiesto que la evaluación de la calidad de vida en pacientes coronarios con el Cuestionario SF-36, nos aporta un resultado final de salud que se centra en la persona, no así en la enfermedad, en cómo se siente el paciente independientemente de los datos clínicos que presente.(11)

En una reciente revisión sobre instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud, Dempster *et. al*., concluyen que el SF-36 es el mejor instrumento genérico de medida de calidad de vida por las evidencias psicométricas que presenta.(18)

Se sitúa así la importancia de la medición de la calidad de vida en pacientes coronarios, como un instrumento para establecer la magnitud del problema de esta enfermedad en términos epidemiológicos y de asistencia sanitaria, así como en los aspectos psicológicos relacionados con ella que en ocasiones no son debidamente tenidos en cuenta por los profesionales de la salud, ya que la calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por los efectos adversos del tratamiento.(15)

Estudios relacionados han demostrado la estrecha relación entre los factores de riesgo relacionados con la posibilidad de padecer enfermedad coronaria.(9)

El concepto de calidad de vida hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, recogiendo aspectos subjetivos como objetivos.(10)

En relación a los datos obtenidos, se observo una diferencia significativa entre ambos grupos, donde se establece que los pacientes con enfermedad coronaria tiene una calidad de vida disminuida en comparación a personas sin ningún tipo de afección coronaria, siendo las principales dimensiones afectadas: rol emocional, relacionado a la dedicación al trabajo y a las actividades cotidianas; la vitalidad en relación a la falta de energía agotamiento o cansancio y Función social presentando dificultades para realizar actividades sociales.

No hubo cambios significativos en los dominios de dolor corporal y salud mental, y no se presentaron cambios en Rol Físico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Redmond N, Richman J, Gamboa CM, Albert MA, Sims M, Durant RW, et al. Perceived stress is associated with incident coronary heart disease and all-cause mortality in low- but not high-income participants in the Reasons for Geographic And Racial Differences in Stroke study. J Am Heart Assoc. 2013;2(6):e000447.
2. Gravely-Witte S, De Gucht V, Heiser W, Grace SL, Van Elderen T. The impact of angina and cardiac history on health-related quality of life and depression in coronary heart disease patients. Chronic Illn. 2007;3(1):66-76.
3. Kramer L, Hirsch O, Schlossler K, Trager S, Baum E, Donner-Banzhoff N. Associations between demographic, disease related, and treatment pathway related variables and health related quality of life in primary care patients with coronary heart disease. Health Qual Life Outcomes. 2012;10:78.
4. María Teresa Chiang-Salgado B, M. en C.,(1) Víctor Casanueva-Escobar, M.C., M. en C.,(2), Ximena Cid-Cea B, (3) Urcesino González-Rubilar, Mat., M. en C.

Estadística,(4), Paola Olate-Mellado MC, (1) Fabiola Nickel-Paredes, M.C.,(1) Leandro Revello-Chiang, M.C.(1). Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios chilenos*. 1999;.
5. Roy A, Kundu D, Mandal T, Bandyopadhyay U, Ghosh E, Ray D. A comparative study of heart rate variability tests and lipid profile in healthy young adult males and females. Niger J Clin Pract. 2013;16(4):424-8.
6. Carlos A. Girotto MNV, Cynthia A. Spillmann y Jorge A. Soria. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en ingresantes universitarios. 1996.
7. FANGHÄNEL-SALMÓN G, SÁNCHEZ-REYES L, ARELLANO-MONTAÑO S, VALDÉS-LIAZ E, CHAVIRA-LÓPEZ J, RASCÓN-PACHECO RA. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en trabajadores del Hospital General de México. Salud Pública de México. 1997;39:427-32.
8. García-Zea MHG-GyJA. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en jóvenes de una institución universitaria. 2012.
9. Luis Tomás Abadal (1) CVLIP, Teresa Puig (2), Ignacio Balaguer, (1) V. FACTORES DE RIESGO Y MORBI-MORTALIDAD CORONARIA A LOS 28 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE CON BAJA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD: EL ESTUDIO DE MANRESA. 2004.
10. Spiraki C, Kaitelidou D, Papakonstantinou V, Prezerakos P, Maniadakis N. Health-related quality of life measurement in patients admitted with coronary heart disease and heart failure to a cardiology department of a secondary urban hospital in Greece. Hellenic J Cardiol. 2008;49(4):241-7.
11. Elizabeth Velarde-Jurado M, (1) Carlos Avila-Figueroa, MC, DC.(Evaluación de la calidad de vida. 2002.
12. Rodriguez-Romero B, Pita-Fernandez S, Pertega Diaz S, Chouza-Insua M. [Health-related quality of life in women working in the fishing industry measured through the Short-Form 36 questionnaire]. Gac Sanit. 2013;27(5):418-24. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadoras del sector pesquero usando el cuestionario SF-36.
13. Jegier A, Jegier A, Szmigielska K, Bilinska M, Brodowski L, Galaszek M, et al. Health-related quality of life in patients with coronary heart disease after residential vs ambulatory cardiac rehabilitation. Circ J. 2009;73(3):476-83.
14. Adalberto Jorge Barrón-Rivera MC, (1) Federico Luis Torreblanca-Roldán, M.C.,(2) Landy Isabel Sánchez-Casanova, M.C.,(2) Miguel Martínez-Beltrán, M.C.(Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. 1998.
15. Elizabeth Velarde-Jurado MC CA-FM, DC. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. 2002.
16. Naveiro-Rilo JC, Diez-Juarez MD, Flores-Zurutuza L, Rodriguez-Garcia MA, Rebollo-Gutierrez F, Romero Blanco A. [Quality of life in patients with heart failure: the perspective of primary health care]. Gac Sanit. 2012;26(5):436-43. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardiaca: vision desde atencion primaria de salud.
17. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. [The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments]. Gac Sanit. 2005;19(2):135-50. Epub 2005/04/30. El Cuestionario de Salud SF-36 espanol: una decada de experiencia y nuevos desarrollos.
18. M Dempster MD. Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease. 2000.