Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Efectos de un programa social sobre el desarrollo social, los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en población rural venezolana. Validación transcultural de la medida de salud SF-36 en población rural de Venezuela.

Norelis Josefina Mendoza

Tesis Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE

Departamento de Enfermería

Departamento de Psicología de la Salud

EFECTOS DE UN PROGRAMA SOCIAL SOBRE EL DESARROLLO SOCIAL, LOS ESTILOS DE VIDA Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN POBLACIÓN RURAL VENEZOLANA. VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DE LA MEDIDA DE SALUD SF-36 EN POBLACIÓN RURAL DE VENEZUELA

Tesis doctoral presentada por:

Norelis Josefina Mendoza

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Dirigida por:

Dr. Miguel Richart Martínez, Catedrático de Escuela Universitaria y Director del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.

Dr. Abilio Reig Ferrer, Catedrático de Universidad y Director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante.

Alicante, mayo de 2007

DR. MIGUEL RICHART MARTÍNEZ, Catedrático de Escuela Universitaria y Director del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante

y

DR. ABILIO REIG FERRER, Catedrático de Universidad y Director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante

CERTIFICAN:

Que **Dña. Norelis Josefina Mendoza**, ha realizado bajo su inmediata dirección y supervisión el trabajo titulado "Efectos de un programa social sobre el desarrollo social, los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en población rural venezolana. Validación transcultural de la medida de salud SF-36 en población rural de Venezuela" y habiendo sido terminado en esta fecha y revisado su contenido, se estima que reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctora en Enfermería: Práctica y Educación por la Universidad de Alicante.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Y para que así conste a los efectos oportunos, firman el presente certificado en Alicante a 8 de mayo de dos mil siete.

Prof. Dr. D. Miguel Richart Martínez Prof. Dr. D. Abilio Reig Ferrer

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas e instituciones que han contribuido a que esta investigación llegue a buen puerto y sea el inicio en el campo de la investigación, quisiera comenzar dando gracias a Dios, a mi Universidad Lisandro Alvarado, a la Universidad de Alicante por cederme este privilegio y en especial a todas y cada una de las personas de las comunidades que con generosidad y apoyo accedieron a participar en este estudio, y me han abierto la puerta de sus hogares.

Agradezco a los doctores Miguel Richart Martínez y Abilio Reig Ferrer su apoyo, sus consejos, sus enseñanzas, su gran dedicación brindada y la orientación que me han prestado. Han sido pilares fundamentales para el desarrollo de esta tesis. He aprendido y continúo aprendiendo de su sabiduría, sus comentarios y críticas han hecho que reflexione y adquiera esa capacidad de pensar sobre las situaciones, que con paciencia y perseverancia se logran los objetivos propuestos. Gracias por leer y releer mis manuscritos, gracias por resolver mis dudas por enseñarme a hacer el trabajo bien hecho, con esfuerzo y perseverancia, les agradezco el trato que han tenido para conmigo, el afecto personal que han expresado y su confianza en mi y en esta investigación. Sin la ayuda y dirección de los dos, el presente trabajo no hubiese sido una realidad.

Son muchas las personas que han hecho posible que hoy haya culminado esta tesis, por sus sugerencias, su apoyo incondicional, por haberme abierto las puertas de sus hogares. Empezaré por darle mil gracias a mi gran amiga Carmen Luz y a Enrique (su esposo) con quienes he compartido momentos de alegría y de tristeza, ellos con su cariño y sabiduría me han ayudado siempre incondicionalmente; a Elisa y a su familia por haberme brindado apoyo cariño y afecto, a Maria José por su amistad, apoyo y conocimiento, a Mary Carmen Lancis, María, Paloma (secretarias del Departamento de Enfermería) gracias por su colaboración, afecto y cariño, a Adela por su afecto y cariño.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

A mi madre, mi hermana y sobrino he de agradecerles el amor que me han brindado siempre, por escucharme, por estar siempre conmigo en todo momento, por transmitirme confianza y por creer en mi. A mi padre que me ha apoyado siempre que le he necesitado.

A mi esposo José Antonio, por su gran apoyo, por su comprensión, por apoyarme siempre y por la paciencia que ha mostrado. He de agradecerle la motivación y el amor que ha sabido transmitirme, ha sido siempre una fuente de estímulo y esfuerzo.

He de agradecer a mis amigos de Venezuela a María Gómez, a la familia Piña López, Lozada Torcatt, Benavente-Sánchez, Castañeda-Sánchez, a Esperanza, Jackelin García, Dinora, Mario y Luís García que me apoyaron y confiaron en mí desde un principio. Gracias a todos los compañeros del equipo de investigación de la UCLA del cual formo parte, por su apoyo incondicional y a aquellos compañeros del programa de enfermería que en su momento me brindaron apoyo.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

A mi esposo, a mi madre
A mi familia y amigos.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En casi todo lo que emprenda, sólo su entusiasmo lo conducirá al éxito. Si usted se preocupa por alcanzar un un objetivo triunfará sin lugar a dudas. Si quiere ser bueno será bueno…si quiere aprender, aprenderá. Sólo que usted debe desear realmente esas cosas, y desearlas exclusivamente, sin desear al mismo tiempo cien cosas incompatibles.

William James

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÍNDICE

RESUMEN…… 1

I. INTRODUCCIÓN…… 5

1.1. Planteamiento de la evaluación de programas de intervención social…… 5

1.2. Antecedentes de la evaluación de programas de intervención social…… 6

1.3. Los programas de intervención social en el Municipio Andrés Eloy Blanco del Estado Lara de Venezuela…… 8

1.3.1. Breve reseña histórica…… 8

1.3.1.1. Diagnóstico situacional del municipio…… 9

1.3.2. Tipos de evaluación realizada…….. 11

1.4. Evaluación de resultados……..... 16

1.4.1. Evaluación de la calidad de vida general…… 17

1.4.2. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud…….. 18

1.4.2.1. Aplicación de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud…… 20

1.4.2.2. Dimensiones más comunes de la calidad de vida relacionada con la salud…… 21

1.4.2.3. Selección de instrumentos de medida de la salud……... 22

1.4.2.4. Tipos de medidas en la calidad de vida relacionada con la salud……... 23

1.4.2.4.1. Cuestionario de salud SF-36 o *Medical Outcome Study SF-36*……..... 25

1.4.2.4.2. Razones de la elección del SF-36……. 26

1.5. Instrumentos de medición de calidad de vida general…….. 27

1.6. Otros aspectos en la evaluación del desarrollo social…….. 28

II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO…… 30

III. ESTUDIOS I, II, III: MÉTODOS Y RESULTADOS…… 33

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.1. Diseño de la batería……..... 33
3.1.1. Variables del estudio…….. 33
3.1.2. Instrumentos de medición……. 35
3.1.2.1. Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud……. 35
3.1.2.2. Graffar modificado……..... 45
3.1.2.3. Método de Necesidades Básicas Insatisfechas……. 52
3.1.2.4. APGAR familiar……. 57
3.2. Estudio 1……..…….. 62
3.2.1. Objetivos……. 62
3.2.2. Procedimiento……... 62
3.2.3. Aplicación del instrumento SF-36 venezolano del grupo *Quality Metric Incorporated*……..... 63
3.2.3.1. Procedimiento…….. 63
3.2.3.2. Participantes……..... 64
3.2.3.3. Resultados……. 65
3.2.4. Validación lingüística del SF-36 español en Venezuela……. 66
3.2.4.1. Procedimiento…….. 66
3.2.4.2. Participantes……..... 80
3.2.4.3. Consenso de investigadores……. 80
3.3. Estudio 2……. 83
3.3.1. Objetivos……. 83
3.3.2. Población y muestra……. 84
3.3.3. Instrumentos de medida……. 85
3.3.4. Procedimiento…….. 85
3.3.5. Análisis de datos……. 86
3.3.6. Resultados……. 87
3.3.6.1. Descripción sociodemográfica de la muestra de la comunidad de La Cruz……. 87
3.3.6.2. Propiedades métricas del SF-36 venezolano…….. 89
3.3.6.2.1. Viabilidad del cuestionario SF-36……. 89
3.3.6.2.2. Descripción de las respuestas del SF-36…… 91
3.3.6.2.3. Variabilidad y distribución de las

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

respuestas…….. 93
3.3.6.2.4. Fiabilidad……..... 100
a) Consistencia interna…….. 100
3.3.6.2.4. Validez……... 104
a) Validez de constructo……. 104
a.1. Análisis factorial…….. 104
a.2. Validez convergente-divergente…… 109
3.3.6.3. Propiedades métricas del APGAR familiar…….. 110
3.3.6.3.1. Descripción de las respuestas del
APGAR familiar…….…… 110
3.3.6.3.2. Variabilidad y distribución de las
respuestas por género y edad……. 111
3.3.6.3.3. Fiabilidad……..... 114
a) Consistencia interna…….. 114
3.3.6.3.4. Validez…….. 115
a) Validez de constructo……. 115
a.1. Análisis factorial……. 115
a.2. Validez convergente-divergente…….. 116
3.3.6.4. Propiedades métricas del Graffar modificado…….. 119
3.3.6.4.1. Descripción de las respuestas del
Graffar modificado…….…… 119
3.3.6.4.2. Variabilidad y distribución de las
respuestas……. 120
3.3.6.4.3. Fiabilidad……..... 123
a) Consistencia interna…….. 123
3.3.6.4.4. Validez…….. 124
a) Validez de constructo……. 124
a.1. Análisis factorial……. 124
a.2. Validez convergente-divergente…….. 127
3.3.6.5. Propiedades métricas del Método de Necesidades
Básicas Insatisfechas……... 129
3.3.6.5.1. Descripción de las respuestas del
Método NBI……..……..... 129

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3.6.5.2. Variabilidad y distribución de las respuestas…….. 130
3.3.6.5.3. Análisis relacional……... 131
3.3.6.5.4. Validez…….. 132
a) Validez de constructo……. 132
a.1. Análisis factorial……. 132
a.2. Validez convergente-divergente…….. 135
3.3.6.6. Descripción de la salud de la población empleando indicadores de morbilidad……. 137
a) Procesos patológicos…….. 137
b) Consumo de medicamentos y uso de los servicios de salud……... 141
3.3.6.7. Descripción de los estilos de vida de la población……. 143
a) Actividades físicas……. 143
b) Actividades de descanso……. 145
c) Hábitos de higiene personal……. 146
d) Actividades del tiempo libre……. 148
e) Consumo de sustancias nocivas…….. 149
f) Hábitos alimentarios de la población……. 152
3.4 Estudio 3……. 153
3.4.1. Objetivos……. 153
3.4.2. Población y muestra……. 153
3.4.3. Instrumentos de medida……. 157
3.4.4. Procedimiento…….. 157
3.4.5. Análisis de datos……. 158
3.4.6. Resultados……. 159
3.4.6.1. Descripción sociodemográfica de la muestra de las comunidades de Escalera y Miraflores…….. 159
3.4.6.2. Diferencias en el desarrollo social entre las personas de las comunidades en relación al nivel de desarrollo sociocomunitario……. 162
3.4.6.3. Diferencias entre las poblaciones de Miraflores y Escalera en relación a la calidad de vida general…… 170

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.4.6.3.1. Diferencias en la CVG entre las personas de Escalera y Miraflores en relación al estrato socioeconómico……. 170
3.4.6.3.2. Diferencias en la CVG entre las personas de Escalera y Miraflores en relación a la funcionalidad familiar……. 171
3.4.6.4. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a los hábitos y estilos de vida……... 171
a) Actividades físicas……. 171
b) Actividades de descanso……. 172
c) Hábitos de higiene personal…….. 173
d) Actividades del tiempo libre……. 174
e) Consumo de sustancias nocivas……. 174
f) Hábitos alimentarios de la población…….. 177
3.4.6.5. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a la salud…….. 179
3.4.6.5.1. Determinación y variabilidad de las respuestas de las poblaciones en relación a la CVRS utilizando el instrumento SF-36 validado…….. 179
3.4.6.5.2. Diferencias en la salud de las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores a través de los indicadores clásicos de morbilidad……. 181
a) Procesos patológicos y consulta al centro de salud……. 181
b) Consumo de medicamentos……. 185
IV. DISCUSIÓN…….. 187
1. Características de la población……. 187
2. Validación lingüística del SF-36 en Venezuela……. 188
2.1. Aplicación del SF-36 versión venezolana del grupo *Quality Metric Incorporated*……. 188

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2.2. Confección de la versión venezolana SF-36 a partir del SF-36 español…… 189
3. Características psicométricas de la batería…… 191
3.1. Viabilidad…… 191
3.1.1. Forma de administración de la batería…….. 191
3.1.2. Tiempo empleado en la cumplimentación de la batería…... 193
3.1.3. Impresión general de las personas ante la batería…… 194
3.2. Variabilidad y distribución de las respuestas de la batería…… 195
3.2.1. Cuestionario de Salud SF-36…….. 195
a) Variabilidad y distribución de las respuestas del SF-36... 195
b) Fiabilidad…… 196
c) Validez de constructo…… 197
c.1) Análisis factorial…… 197
c.2) Validez convergente- divergente…….. 197
3.2.2. Cuestionario APGAR familiar…….. 199
3.2.3. Instrumentos de medición de estratificación social y líneas de pobreza…….. 201
4. Comparación del desarrollo social, los hábitos y estilos de vida y la salud de las poblaciones de Escalera y Miraflores…… 203
V. CONCLUSIONES…… 208
A. Efectos de la intervención comunitaria…… 208
B. Sobre los criterios métricos de los instrumentos empleados…….. 209
C. Viabilidad de los indicadores para evaluar la morbilidad, hábitos, estilos de vida e integración comunitaria…… 210
VI. BIBLIOGRAFÍA…… 211
VII. ANEXOS…… 227
7.1. Cuestionario de Salud SF-36 versión española (Estudio I)
7.2. Cuestionario SF-36 venezolano del grupo *Quality Metric Incorporate* (Estudio I)
7.3. Batería aplicada a la población de La Cruz (Estudio II)
7.4. Batería aplicada a las poblaciones de Escalera y Miraflores (Estudio III)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÏNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Conceptos del cuestionario de salud SF-36 y resumen de su contenido…… 36
Tabla 2. Componentes del instrumento Graffar modificado…… 46
Tabla 3. Estratos sociales que se obtienen de la suma del Graffar…….. 48
Tabla 4. Componentes del instrumento Método de Necesidades Básicas Insatisfechas…… 53
Tabla 5. Variables del instrumento Método de Necesidades Básicas Insatisfechas……... 54
Tabla 6. Clasificación de los hogares de acuerdo al Método de Necesidades Básicas Insatisfechas…… 55
Tabla 7. Componentes del instrumento APGAR familiar…… 58
Tabla 8. Ítems y escalas de respuesta del instrumento APGAR familiar…… 59
Tabla 9. Puntaje total que se obtiene del instrumento APGAR familiar……... 59
Tabla 10. Impresión de las personas acerca del SF-36 venezolano del grupo *Quality Metric Incorporated*..... 65
Tabla 11. Esquema de validación lingüística de los expertos…… 68
Tabla 12. Descripción de la muestra de la población de La Cruz……... 87
Tabla 13. Impresión general de las personas acerca del SF-36 adaptado en Venezuela…….. 90
Tabla 14. Descripción a las respuestas de los ítems del SF-36…… 91
Tabla 15. Variabilidad y distribución de las respuestas del SF-36…… 94
Tabla 16. Promedios y desviación estándar del SF-36 por grupos de edad de Venezuela y España…….. 99
Tabla 17. Coeficiente alfa de Cronbach de las escalas del cuestionario SF-36 español y venezolano…….. 100
Tabla 18. Coeficiente alfa de Cronbach y correlación de Spearman entre las escalas del cuestionario SF-36 venezolano y español……. …... 102

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 19. Correlaciones de Spearman entre las escalas del SF-36 venezolano determinadas por género…… 103
Tabla 20. Matriz de correlaciones del SF-36…… 104
Tabla 21. Matriz factorial no rotada. Componentes principales del SF-36…… 105
Tabla 22. Matriz factorial rotada. Rotación varimax del SF-36…… 106
Tabla 23. Correlaciones entre los componentes rotados principales de las escalas del SF-36 de Venezuela, España y Estados Unidos……. 107
Tabla 24. Correlaciones entre las componentes del SF-36, la escala de función social, cuestiones sociales (apoyo y satisfacción de amigos) y el APGAR familiar…… 108
Tabla 25. Coeficiente de correlación de Pearson entre las escalas del SF-36 el APGAR familiar, Graffar modificado, Método NBI, variables de salud y actividad física…… 109
Tabla 26. Descripción de las respuestas de los ítems del APGAR familiar….. 111
Tabla 27. Variabilidad y distribución de las respuestas del APGAR familiar… 111
Tabla 28. Correlaciones ítems- test y coeficiente alfa de Cronbach del APGAR familiar…….. 114
Tabla 29. Matriz de correlaciones del APGAR familiar…… 115
Tabla 30. Matriz factorial de componentes principales del APGAR familiar…. 116
Tabla 31. Análisis relacional (r de Pearson) entre los ítems del APGAR familiar, el SF-36, Graffar modificado, Método NBI, variables de salud y sociodemográficas…… 117
Tabla 32. Descripción de las respuestas de los ítems del Graffar modificado…….. 119
Tabla 33. Puntuaciones medias generales, por género y edad del Graffar modificado…… 120
Tabla 34. Análisis relacional (Spearman) entre los ítems del Graffar modificado…… 124
Tabla 35. Matriz de correlaciones del Graffar modificado…… 125
Tabla 36. Matriz factorial de componentes rotados (varimax)…… 125
Tabla 37. Análisis relacional (r de Pearson) entre los ítems del Graffar Modificado con el SF-36, APGAR familiar, el Método NBI, variables de salud y sociodemográficas…… 127

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 38. Descripción de las respuestas de los ítems del Método NBI……. 129
Tabla 39. Puntuaciones medias del Método NBI…….. 130
Tabla 40. Análisis relacional (Spearman) entre los ítems del Método NBI…… 131
Tabla 41. Matriz de correlaciones del Método NBI…… 132
Tabla 42. Matriz factorial de componentes principales……... 133
Tabla 43. Matriz factorial rotada. Rotación varimax. Tres iteraciones…….. 133
Tabla 44. Análisis relacional (r de Pearson) entre los ítems del Método NBI con el SF-36, APGAR familiar, Graffar , variables de salud y sociodemográficas…….. 135
Tabla 45. Porcentajes de los procesos patológicos presentados en la Comunidad de La Cruz durante el último año……. 137
Tabla 46. Enfermedades informadas durante el último año por la población... 138
Tabla 47. Porcentaje de procesos patológicos presentados durante el último año por género…….. 138
Tabla 48. Porcentaje de consumo de medicamentos durante las últimas cuatro semanas por la población…….. 141
Tabla 49. Porcentaje de consumo de medicamentos durante las últimas cuatro semanas por género…….. 142
Tabla 50. Porcentaje de consumo de medicamentos durante las últimas cuatro semanas por edad…….. 142
Tabla 51. Porcentaje de consumo de medicamentos durante las últimas cuatro semanas por tipo de medicamento y género……. 143
Tabla 52. Porcentaje de actividades físicas semanales por género…….. 144
Tabla 53. Porcentaje de actividades físicas semanales por edad…….. 144
Tabla 54. Porcentaje de horas de descanso nocturno por género……. 145
Tabla 55. Porcentaje de horas de descanso nocturno por edad..……. 145
Tabla 56. Porcentaje de cepillado dental por género…….. 146
Tabla 57. Porcentaje de cepillado dental por edad…….. 146
Tabla 58. Porcentaje del baño semanal por género……. 147
Tabla 59. Porcentaje del baño semanal por edad……. 147
Tabla 60. Porcentaje de actividades recreativas por género……. 148
Tabla 61. Porcentaje de actividades recreativas por edad……. 148
Tabla 62. Porcentaje de consumo de cigarro por género……. 149

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 63. Porcentaje de consumo de cigarro por edad…….. 149
Tabla 64. Porcentaje de consumo de chimó por género..…… 150
Tabla 65. Porcentaje de consumo de chimó por edad…….. 150
Tabla 66. Porcentaje de consumo de bebidas alcohólicas por género…… 151
Tabla 67. Porcentaje de consumo de bebidas alcohólicas por edad…… 151
Tabla 68. Porcentaje de consumo de los grupos básicos de alimentos por la población……... 152
Tabla 69. Censo poblacional del Municipio Andrés Blanco por grupos de edad y género……. 155
Tabla 70. Población del Municipio Andrés Blanco por grupos de edad y género……. 155
Tabla 71. Muestra poblacional de la comunidad de Escalera……. 156
Tabla 72. Muestra poblacional de la comunidad de Miraflores…….. 156
Tabla 73. Descripción de la muestra de las comunidades de Escalera y Miraflores……. 159
Tabla 74. Valoración que hacen las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a los programas de salud y servicios a la población……. 165
Tabla 75. Valoración que hacen las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores con respecto a las relaciones sociales comunitarias……. 168
Tabla 76. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al estrato socioeconómico (Graffar modificado)…….. 170
Tabla 77. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al estrato socioeconómico (Método NBI)……. 170
Tabla 78. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al grado de funcionalidad familiar……. 171
Tabla 79. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a las actividades físicas semanales…… 172
Tabla 80. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a las horas de descanso nocturno…….. 172

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 81. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al baño semanal……. 173
Tabla 82. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al cepillado dental…….. 173
Tabla 83. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a las actividades recreativas……. 174
Tabla 84. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al consumo de cigarro……... 175
Tabla 85. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al consumo de chimó……. 175
Tabla 86. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al consumo de bebidas alcohólicas…… 176
Tabla 87. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas……. 176
Tabla 88. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al consumo de los grupos básicos de alimentos……. 177
Tabla 89. Puntuaciones medias del SF-36 de las comunidades de Escalera y Miraflores…….. 180
Tabla 90. Diferencia de puntuaciones del SF-36 entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores……. 180
Tabla 91. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al número de enfermedades presentadas en el último año y asistidos por personal de salud…….. 181
Tabla92. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al número de procesos patológicos presentados……. 182
Tabla 93. Diferencias de los procesos patológicos presentados por las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en el último año y consulta al centro de salud……. 182
Tabla 94. Diferencia en el consumo de medicamentos durante las últimas cuatro semanas por comunidad……. 185

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 95. Diferencia en los tipos de medicamentos que han consumido durante las últimas cuatro semanas las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores……. 186

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Comparación de las puntuaciones medias del SF-36 en la población española, venezolana y de Estados Unidos…….. 95
Figura 2. Puntuaciones medias en cada una de las dimensiones del SF-36 según género……. 96
Figura 3. Comparación de las puntuaciones medias del SF-36 en la población masculina de España y La Cruz-Venezuela……. 97
Figura 4. Comparación de las puntuaciones medias del SF-36 en la población femenina de España y La Cruz-Venezuela……..... 98
Figura 5. Puntuaciones medias del APGAR familiar, por grupos de edad…… 113
Figura 6. Comparación de las puntuaciones medias del APGAR familiar de Washington y Venezuela…….. 113
Figura 7. Puntuaciones medias del Graffar modificado, por género…….. 121
Figura 8. Puntuaciones medias del Graffar modificado, por grupos de edad……. 122
Figura 9. Comparación de las puntuaciones medias del Graffar modificado aplicado en Venezuela por Méndez y el de la población de La Cruz-Venezuela…….. 122
Figura 10. Gráfico de saturaciones en el espacio factorial rotado del Graffar modificado……... 126
Figura 11. Gráfico de saturaciones en el espacio factorial rotado del Método NBI……... 134
Figura 12. Comparación de resultados del SF-36 entre diferentes muestras.. 196

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

RESUMEN

Esta tesis ha tenido como objetivo evaluar los efectos de un programa social sobre el desarrollo social, los hábitos y estilos de vida y la salud de la población rural dispersa del Estado Lara de Venezuela. En primer lugar, para evaluar el desarrollo social se tomaron en cuenta dos dimensiones: 1) los indicadores de desarrollo sociocomunitario (valoración que hacen las propias personas de las comunidades acerca de los programas de salud, opinión de las personas de las comunidades acerca de su situación actual, participación en actividades de desarrollo comunitario, grado de integración social, valoración que hacen las personas acerca de su alimentación y valoración acerca de los cambios de desarrollo comunitario); 2) la calidad de vida general (CVG), mediante la valoración de la estratificación social y niveles de pobreza (Graffar modificado y Método de Necesidades Básicas Insatisfechas) y la funcionalidad familiar (APGAR familiar). Para determinar los hábitos y estilos de vida de las poblaciones se emplearon los siguientes indicadores: consumo de sustancias nocivas (cigarro, chimó y alcohol), consumo de alimentos**,** hábitos de higiene personal (cepillado dental y baño)**,** descanso nocturno, práctica de ejercicio físico (correr, caminar, juegos de pelota, andar en bicicleta) y actividades recreativas durante el tiempo libre (ver televisión, escuchar música, leer, salir de paseo, caminar, jugar por diversión, reunirse con los amigos para jugar o beber y actividades religiosas).

La salud de las personas de las comunidades participantes se determinó a través de los indicadores clásicos de morbilidad (presencia de procesos patológicos, consumo de medicamentos y uso de los servicios de los centros de salud) y a través de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) empleando el cuestionario de salud SF-36 (Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental). Esta investigación, también, ha servido para evaluar y adaptar psicométricamente los instrumentos que se utilizaron para valorar la CVG y la CVRS. Además de las variables ya citadas, se han medido un conjunto de variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, número de hijos, nivel de escolaridad, religión, ocupación y disponibilidad económica).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Esta tesis está compuesta de tres estudios empíricos; los dos primeros forman parte del proceso de validación transcultural del cuestionario de salud SF-36, así como del análisis psicométrico de los instrumentos que evalúan la CVG, y del análisis descriptivo de los ítems para valorar los indicadores clásicos de morbilidad, los hábitos y estilos de vida y los de integración social. Para la evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos se analizó la fiabilidad de los mismos, se determinó la estructura factorial y se analizó el componente convergente-divergente de las escalas. En el tercer estudio se valoraron los efectos del programa social entre dos comunidades.

Los estudios han supuesto encuestar mediante entrevista personal a las personas con edad igual o superior a 15 años de las comunidades rurales del Municipio Andrés Eloy Blanco. La muestra del primer estudio está constituida por 60 personas seleccionadas de modo accidental para la aplicación del SF-36. La muestra del segundo estudio extraída por afijación proporcional, está representada por 200 personas (media de edad de 33,33 años) de la comunidad de La Cruz. Por último, en el tercer estudio, se comparan las comunidades de Escalera (comunidad donde se llevan a cabo los programas sociales) y Miraflores (comunidad no intervenida) en base a una muestra de 427 personas (Escalera n=207 y Miraflores n=220), obtenida a través del muestreo por rutas consecutivas, siendo la unidad de muestreo las viviendas de las personas y estratificando a la población por género y grupos de edad, con afijación proporcional.

Los resultados muestran que el programa social produce diferencias en las variables de desarrollo social evaluadas a través de las dimensiones de desarrollo sociocomunitario y de CVG. Así, en cuanto al desarrollo sociocomunitario, la población intervenida, frente a la comunidad no intervenida, participa más en las actividades comunitarias, presenta una mayor integración social y desarrolla un mayor número de actividades para mejorar sus condiciones de vida. En lo que se refiere a la CVG, se observó que, aunque ambas poblaciones continúan presentando niveles de pobreza elevados, es la población intervenida de Escalera la que mejoró en algunos de sus indicadores socioeconómicos en comparación

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

con la población de Miraflores, la cual continúa presentando una pobreza extrema en todos sus indicadores. Así mismo, la funcionalidad familiar, valorada a través del APGAR familiar, fue mejor en la comunidad intervenida por el programa social.

En relación a los hábitos y estilos de vida, los resultados muestran que la población de Escalera realiza un mayor número de actividades físicas, dedican más horas al descanso nocturno, su higiene personal es más frecuente, realizan con mayor frecuencia actividades recreativas, presentan una alimentación más balanceada aunque también consumen una mayor cantidad de sustancias nocivas (debido, quizás a que disponen de una cantidad mayor de dinero para adquirir estas sustancias).

Los resultados derivados de la salud comunitaria evaluada a través de los indicadores clásicos, muestran que es la población de Miraflores la que presenta un mayor número de enfermedades. A pesar de ello, es esta población de Miraflores la que con menor frecuencia acude a un centro de salud, lo que se explica porque no existe en la comunidad y las personas no tienen suficientes recursos económicos para trasladarse al centro de salud del Municipio. En la misma línea habría que interpretar el mayor consumo de fármacos en la población de Escalera. Al evaluar la CVRS empleando el SF-36, se observa que el programa no produce diferencias entre las dos poblaciones, excepto en la dimensión de rol emocional, siendo la población de Escalera la que presenta una mejor puntuación en ésta.

En cuanto a la adaptación transcultural del SF-36 en Venezuela, observamos una buena fiabilidad de las escalas (excepto en la dimensión salud general), una estructura factorial comparable a los estudios previos, y un comportamiento convergente-divergente en la línea esperada. Con respecto al APGAR familiar, la fiabilidad es aceptable, la estructura factorial muestra la presencia de un factor único, aparece convergencia con el factor mental del SF-36 y se relaciona divergentemente con los instrumentos Graffar modificado y Método NBI.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En cuanto al Graffar modificado y el Método NBI, estos instrumentos no presentan una adecuada robustez psicométrica. El primero de ellos, tiene una fiabilidad baja, el comportamiento relacional de sus ítems indica que las variables están poco relacionadas entre sí, su estructura factorial arroja la presencia de dos factores, converge con el NBI y diverge del resto de instrumentos. En lo que respecta al Método NBI el análisis relacional muestra correlaciones bajas entre sus indicadores, el análisis factorial exhibe la presencia de tres factores en el instrumento, converge con el Graffar modificado y diverge del SF-36 y APGAR familiar. Los resultados obtenidos de estos dos últimos instrumentos permiten concluir que son cuestionarios que se comportan de manera diferente en población rural en comparación con su uso en las poblaciones urbanas en donde se llevaron a cabo los primeros estudios de validez.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

I. INTRODUCCIÓN

1. Planteamiento de la evaluación de programas de intervención social

Actualmente, la evaluación de los programas de salud se está convirtiendo en un elemento fundamental para las instituciones, tanto públicas como privadas, involucradas en la salud de la población. Nunca como en estos tiempos la evaluación ha tenido tantos seguidores, en parte, por su replanteamiento como programas que responden a necesidades poblacionales con estructuras más flexibles y cercanas a la realidad de cada escenario en particular, y por el hecho de la búsqueda de una mejor calidad de vida para la población.

Propiciar la práctica de la evaluación y desarrollar este campo del conocimiento es necesario, no sólo porque los gobiernos lo hayan introducido como parte de su política de modernización, sino porque constituye una forma de aprendizaje para poder actuar racionalmente y responder con eficacia a las necesidades de la sociedad.

Los términos planificación, programación, intervención, evaluación de la efectividad, evaluación del impacto/resultados es un continuo de acciones que necesitamos para hacer real el objetivo de bienestar social, calidad de vida y salud de acuerdo a los estatutos de la Organización Mundial de la Salud (1986). Por lo tanto, cuando realizamos una evaluación de resultados estamos determinando hasta qué punto los programas de intervención social de verdad generan un efecto sobre sus destinatarios.

Cuando observamos, a lo largo del tiempo, que en una sociedad no se han generado cambios favorables de comportamiento y la situación negativa de salud continúa siendo de la misma forma que hace años atrás, es posible que el problema se deba a un fallo en la intervención por parte del equipo de salud, comprobándose que la calidad de vida relacionada con la salud y la calidad de vida en general de las personas no se ha modificado y más aún, puede haber empeorado.

De esta forma, los programas de salud, que aparentemente generan efectos positivos en la calidad de vida de las personas, terminan deteriorando su bienestar y generando rechazo por parte de la comunidad. Aún así, si estamos comprometidos con una buena praxis, debemos evaluar para poder determinar hasta qué punto se está produciendo o no algo útil en la comunidad y poder mostrar, a quienes gestionan los recursos, evidencias claras del éxito o fracaso de los programas de salud.

Es por ello que, como lo expone la OMS (1986), es indispensable realizar las evaluaciones y así poder hacer real el propósito de mejorar los programas en función del objetivo que no es otro que contribuir al desarrollo de una comunidad y a su calidad de vida en general. No resulta fácil cambiar la salud ni la calidad de vida de las personas; sin embargo, el cambio se basa en una comprensión de las motivaciones, las predisposiciones, los valores, las creencias y los procesos sociales, económicos, legales y políticos que conforman nuestras vidas (Hawe, Degeling y Hall, 1993).

1.2. Antecedentes de la evaluación de programas de intervención social

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Dentro de la literatura revisada encontramos terminología que alude a la valoración y a la evaluación de dos formas. Cuando se refieren a la evaluación su concepto se enmarca dentro de la evaluación de personas; y al tratar la valoración se dirigen a la evaluación de programas. En este estudio se hará referencia a ambos términos de manera indistinta, ya que se trata de evaluación de resultados en salud.

La evaluación es una clase particular de disciplina investigativa, distinguiéndose en cada una de las áreas de aplicación, y es multidisciplinaria (Ciencias Sociales, Ciencias del Comportamiento, Economía, Pedagogía, Ciencias de la salud, etc.). En cualquiera de las áreas en que ésta se lleve a cabo, toma como referencia algún estándar, entendiendo por ello "un principio con el que generalmente están de acuerdo las personas implicadas en la práctica

profesional de la evaluación, con el fin de medir el valor o la calidad de la evaluación" (Comité Conjunto para la Evaluación, 1998).

A diferencia de los países industrializados, en los países en vías de desarrollo, la evaluación, como práctica y campo de estudio, ha sido poco desarrollada. Aunque informalmente la evaluación ha sido practicada desde hace varias décadas en los países latinoamericanos, formalmente fue introducida con énfasis desde mediados de la década de los ochenta (Kumar, 1995; Mollis, 1995).

Los análisis de esta cuestión nos indican que el inicio de su práctica, así como el grado de avance, ha variado según el grado de actividad, teniendo un mayor auge en el área de la educación en la década de los 70 (Comisión Nacional de la Evaluación de Educación Superior [CONAEVA], 1990; Díaz, 1994; Litwin 1994) y, en segundo lugar, en la agricultura y el desarrollo rural (Feinstein 1995).

Otra área donde la práctica de la evaluación ha incidido ha sido en la salud pública, a partir del año 1988 (Lymaylla 1997). Una revisión del desarrollo de la evaluación muestra una significativa evolución desde finales de la primera mitad del siglo pasado, presentando como característica dominante la heterogeneidad de los conceptos que la definen.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En nuestro estudio, nos inclinamos por la definición que proponen Rossi, Lipsey y Freeman (2004) los cuales afirman que la evaluación de programas (*program evaluation*) alude al conjunto de principios, estrategias y procesos que fundamentan la evaluación de toda acción o conjunto de acciones, desarrolladas de forma sistemática en un determinado contexto con el fin de tomar las decisiones pertinentes que contribuyan a mejorar las estrategias de intervención social. Si el objetivo de un programa es mejorar las condiciones sociales, el propósito de la evaluación es mejorar los propios programas.

De conceptos como el anterior citado, se deduce que esta tarea conlleva a algo más que la mera utilización de metodologías científicas orientadas a evaluar

teorías, se trataría de la evaluación de evidencias, en donde se puedan observar cambios de comportamientos en las personas de una comunidad.

1.3. Los programas de intervención social en el Municipio Andrés Eloy Blanco del Estado Lara de Venezuela

1.3.1. Breve reseña histórica

Una de las características dominantes en el campo de la salud en países en vías de desarrollo, así como también en países desarrollados con niveles de pobreza o con necesidades básicas insatisfechas, es la puesta en práctica de grandes programas de promoción de salud y prevención de enfermedades en el área de atención comunitaria. Los programas de salud se cumplen poniendo en práctica diferentes estrategias llevadas a cabo por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de favorecer a la población más vulnerable y desprotegida, a la que es necesario y urgente brindarle atención primaria para prevenir enfermedades, promover su salud, favorecer su crecimiento y participación social, así como fomentar su desarrollo comunitario, mediante la puesta en marcha de diferentes proyectos de fortalecimiento social.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En Venezuela y específicamente en el Estado Lara, los programas de salud están coordinados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y por la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA). La visión de la Universidad se caracteriza por el compromiso con el proceso y desarrollo integral de la región y el país, dispuesta a trabajar proactivamente para la transformación socioeconómica contribuyendo al desarrollo regional y nacional. Es por ello, que los departamentos de los diferentes decanatos de la Universidad que están comprometidos con las comunidades, tanto urbanas como rurales, se han dedicado a trabajar en pro del desarrollo social de la población más desfavorecida y vulnerable que existe en el estado Lara.

1.3.1.1. Diagnóstico situacional del Municipio Andrés Eloy Blanco del Estado Lara –Venezuela.

Para el año 2000, el Municipio Andrés Eloy Blanco (MAEB) del Estado Lara presentaba una población de 42.111 habitantes distribuidos en tres parroquias (Pío Tamayo, cuya capital es Sanare, Yacambú, capital La Escalera y Quebrada Honda de Guache, capital Bucaritas). El 65% de esta población se concentra en zonas rurales dispersas.

El municipio presenta los mayores índices de pobreza dentro del Estado Lara, con más del 75% de necesidades básicas insatisfechas, con una población que se encuentra en un estrato social de pobreza extrema y unos indicadores de salud alarmantes que duplicaban los indicadores del Estado Lara: mortalidad general de 4,70x 1000 hab., mortalidad infantil de 27,05 x 1000 NVR, mortalidad neonatal de 19,5 x 1000 NVR y natalidad de 21,01 x 1000 hab. (Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Estado Lara, 2000)**.** Por todo ello, de cara a la optimización que las acciones y los programas de intervención llevan a efecto, la UCLA en consonancia con su compromiso social se propuso dentro de sus objetivos realizar un proyecto sociocomunitario de desarrollo para este municipio, siendo el Departamento de Medicina Preventiva el pionero en este proyecto para las zonas rurales distantes del MAEB.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En los inicios del año 2000 se integra el Programa de Enfermería al trabajo que venía realizando el Departamento de Medicina Preventiva de la UCLA desde hacía dos años atrás. Su objetivo era brindar atención primaria a la comunidad con la asistencia de los estudiantes del último año de ambas carreras a tres de las comunidades más distantes del municipio y con mayores problemas de salud.

Al integrarse enfermería, al trabajo comunitario, se unieron los objetivos relacionados con el desarrollo de los programas de salud que están estipulados por el MSDS y los relacionados con el desarrollo de proyectos integrales, en función de la sociedad, con la finalidad de lograr un trabajo en conjunto, obteniéndose al final un informe por cada grupo de pasantes y dos tesinas de

grado por cada comunidad. Es así como se inicia la atención a nivel rural por ambas profesiones, en la que se trabaja con los estudiantes del último semestre de la carrera de enfermería, los estudiantes del último año de la carrera de medicina y los docentes de ambos programas.

En el trabajo, en conjunto UCLA y comunidad, se articulan una serie de estrategias con la finalidad de lograr un mejor desarrollo del municipio. Por ello, además de trabajar bajo las normativas del MSDS, se da inicio a un trabajo basado en la metodología de acción participación, donde se involucran una serie de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que brindan apoyo, asesoría técnica y financiera para el logro de los proyectos en las comunidades intervenidas.

A medida que transcurre el tiempo, para el año 2001, se inician otros proyectos que son dirigidos por un grupo de profesores de la UCLA (Decanato de Medicina con sus diferentes departamentos y Programa de Enfermería) y las comunidades del municipio, en los que progresivamente se van incorporando representantes de otros decanatos de la Universidad como el Decanato de Agronomía y Veterinaria, la Dirección de Extensión Universitaria y otros voluntarios que se interesan por el trabajo, constituyéndose de esta forma el Equipo Interinstitucional del Municipio Andrés Eloy Blanco. El objetivo del equipo es lograr el desarrollo local y sostenible de las comunidades del MAEB que participan en el proyecto, a través de la nutrición como base del desarrollo, en función de la integración de las comunidades, de las instituciones que realizan sus actividades en dicho municipio y de las funciones universitarias (docencia, investigación y extensión).

De acuerdo al objetivo principal, se plantearon una serie de objetivos secundarios que pudieran contribuir al logro del desarrollo sustentable del municipio. Dentro de ellos se encuentran: a) la implantación de planes de intervención nutricional a través del diagnóstico nutricional y bioquímico de los menores de 15 años y de las embarazadas; b) el desarrollo de estrategias de educación nutricional y ambiental para lograr la modificación de la realidad que presentan las comunidades; c) desarrollo de unidades de producción integral

familiar para garantizar la seguridad alimentaria familiar y comunitaria; d) fortalecimiento de la organización comunitaria presente en las comunidades a través de la capacitación de sus integrantes y por medio del intercambio de experiencias comunitarias y, por último, e) diagnosticar y tratar los procesos patologicos de cuello Cerviño-uterino en las mujeres de las comunidades del Municipio.

1.3.2. Tipos de evaluación realizada

La puesta en marcha de los diferentes proyectos financiados por la UCLA, a través de la Dirección de Extensión de la UCLA, el Centro de Investigación Humanística y Tecnológica (CDCHT) y con el apoyo de organizaciones como el Sistema Hidráulico Yacambú-Quibor, la Alcaldía del Municipio, y MSDS a través de la Dirección Regional de Salud y del Hospital José María Bengoa, han permitido el logro de algunos de los objetivos planteados hasta el momento y sobre los cuales continúan trabajando. Algunos de los que se pueden mencionar son:

1) Evaluación nutricional antropométrica y bioquímica de la población menor de 15 años de las comunidades de San Antonio de Guache y de Escalera, en las que se ha encontrado entre 25 y 60% de desnutrición. En ejecución se encuentra la evaluación nutricional de la comunidad de Las Bucaritas. También se realizó la evaluación nutricional, antropométrica y bioquímica de las embarazadas de las comunidades de Escalera, Bucaritas, San Antonio de Guache, Caspito y La Cruz. Se continuará con el diagnóstico nutricional del resto de la población rural del municipio una vez obtenido los resultados de la comunidad de Las Bucaritas.

2) Realización de talleres de educación nutricional para el cambio de hábitos alimenticios, lográndose que las familias incluyan dentro de su menú el consumo de verduras, legumbres y pescado. De igual forma se han desarrollado estrategias de educación nutricional y ambiental en las nueve comunidades intervenidas, a través de la ejecución de talleres y puesta en práctica de actividades para disminuir la contaminación y mejorar los estilos de alimentación.

3) Desarrollo de talleres de escuela para padres, en las comunidades de Escalera, La Cruz, San Antonio de Guache por parte de un especialista y estudiantes de enfermería y medicina. Así como talleres de organización y liderazgo para todas las comunidades que intervienen en los proyectos de desarrollo social.

4) Desarrollo de talleres y prácticas para la creación de unidades de producción integral, creándose dos granjas integrales (una en San Antonio y otra en La Cruz). Creación de tres corrales para la cría y reproducción de ganado caprino en San Antonio de Guache y otro en Miracuy. Elaboración de dos corrales para la cría y producción de gallinas, uno en la comunidad de San Antonio de Guache y otro en La Cruz. En la comunidad de Escalera se crea una unidad de producción de productos de limpieza. En Cerro Negro de La Escalera se crea una laguna con técnicas rudimentarias para la cría de *Piaractus brachypcmus (*cachamas, un tipo de pescado). Esta última actividad se caracteriza por ser una experiencia única a nivel mundial, porque la cría de estos pescados no era posible a alturas superiores a 1.500 mts sobre el nivel del mar, por lo que manteniendo cubierta la laguna con material de polietileno se obtuvieron 125 cachamas con un peso entre 1,80 y 500 gr, no reportándose mortalidad alguna de éstos. Así mismo, se han creado cuatro lagunas en las comunidades de San Antonio de Guache, tres más en Cerro Negro, tres en Caspito, una en Bojo y una en La Cruz, en las que se incorporará la cría del pescado *Prochilodus mariae (*coporo) y *Cyprinus carpio* (carpa).

Se da inicio con proyectos de apicultura en las comunidades de Las Quebraditas, La Cruz, Sabana Redonda y Miracuy, dando asesoramiento técnico y trabajando en su producción. Se crean los huertos familiares en un número significativo de las familias de las comunidades, lográndose su consumo y su distribución con otras familias. De igual forma, se inicia la producción de abono orgánico con la cría de la lombriz roja californiana (*Eisenia foetida)* para la obtención del humus de lombriz como un fertilizante ecológico, sin embargo, no se continúa por ausencia del veterinario en el grupo y por morbimortalidad de los participantes y familiares en el proyecto. Se continúa no obstante con un

lumbricantero en la comunidad de La Cruz, que recibe asesoría de las comunidades de Bojo y Miracuy que tienen experiencia previa en esta actividad.

5) Fortalecimiento de la organización comunitaria de 10 comunidades del Municipio: (Escalera, San Antonio de Guache, Miracuy, Cerro Blanco, La Cruz, Sabana Redonda, Quebraditas, Portachuelo, Caspito, Bojo, Sabana Redonda), logrando el intercambio entre ellas y la creación de cinco cooperativas de producción (dos en Cerro Negro de La Escalera, una en La Cruz, y dos en las Quebraditas). Es de hacer resaltar que ya una de ellas obtuvo un proyecto del Instituto Nacional de Pesca del Estado (INAPESCA) para continuar con la producción del *Piaractus brachypcmus*. Otro elemento relevante es la presentación de un representante de la comunidad en un simposio de doctorado en la Universidad Fermín Toro.

Se evaluó también el fortalecimiento de la organización comunitaria de San Antonio de Guache, obteniendo como resultado que existe una mayor integración comunitaria. Así se observó que el 57% de la población está trabajando en conjunto con otros miembros de la comunidad y el 85,72% ha adquirido un mayor compromiso en comparación con años anteriores a la intervención del equipo de salud.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6) Del proyecto de Diagnóstico de Patologías Cervicouterinas se realizaron 1207 citologías vaginales entre los años 2002 al 2005, encontrándose 640 (53%) citologías con cambios celulares benignos, 65 (5,38%) citologías con células epiteliales anormales, 302 (25%) con Dx dentro de los límites normales y 200 (16,6%) muestras fueron insatisfactorias para la evaluación. Las patologías diagnosticadas han sido tratadas para su recuperación y prevención de otras patologías más severas.

7) La atención en salud continúa brindándose a las comunidades con la presencia de los pasantes de medicina, enfermería y el equipo de salud de la Universidad. Además se incorporan al equipo de salud profesionales del área de administración del Decanato de Administración de la UCLA y una Dra. en

Educación de la Universidad Fermín Toro de Barquisimeto. En relación a la productividad científica, se han realizado tres ponencias internacionales, nueve en congresos nacionales, tres trabajos de ascenso dentro de la institución (UCLA), dos publicaciones en revistas indexadas y dos en revistas no indexadas.

Considerando la repercusión de los programas comunitarios es necesario tener presente que la evaluación de resultados puede tener concepciones teóricas diferentes. De acuerdo a quienes los diseñan, las evaluaciones se pueden emprender por diferentes razones: con propósitos administrativos y de conducción, para valorar la efectividad de los cambios de un programa, para identificar los caminos diseñados para realizar intervenciones o para satisfacer los requerimientos contables de los grupos de apoyo. También se pueden efectuar con propósitos de planificación y políticos o para probar nuevas ideas acerca de cómo afrontar los problemas.

Los programas de salud coordinados por la UCLA en el MAEB tienen como concepción teórica el abordaje de programas y proyectos como promotores de cambio social, en tanto que sus estrategias de intervención social asumen la transformación social. Por ello, como lo expresa López (1999) y Fetterman (1994) el evaluador no puede realizar su trabajo sin cuestionar los valores y las consecuencias que se ponen en juego en cada estrategia de intervención. Lo anterior significa que la calidad del trabajo estará mediatizada no sólo por la capacidad técnica sino también por el compromiso en la resolución de problemas sociales (pobreza, marginación, desigualdad, etc.) y en la lucha de una sociedad más justa e igualitaria.

El enfoque que se le ha dado a los programas hace que los evaluadores sean parte integrante de los mismos y por tanto, asuman un papel crítico respecto al cambio social que se presenta. Así se concibe que su acción de evaluar se encuentre inmersa dentro de un conjunto de acciones importantes que desarrolla el programa para la promoción del cambio y la mejora social sin que ello genere sesgos en la evaluación. Lo importante a tener en cuenta dentro de un proceso de evaluación es que los resultados que se obtienen pueden o no estar en

concordancia con los objetivos planteados. Y es justamente este proceso tan enriquecedor en conjunto con la ética de los evaluadores lo que hace que las intervenciones a nivel social produzcan cambios favorables para las comunidades.

Todo ello ha llevado al equipo a realizar, desde un principio, diferentes tipos de evaluaciones. En un principio se realizaron las evaluaciones del contexto, de las necesidades poblacionales, aplicando la matriz de fortaleza y debilidades del municipio (matriz FODA o DAFO) y la metodología de planificación estratégica de la OMS en su primera y segunda fase, concluyendo con el diagnóstico situacional. Seguidamente se diseñaron los programas y proyectos estableciendo su justificación, coherencia y pertinencia. Esta evaluación del diseño se lleva a cabo por organizaciones externas que financian los proyectos como el CDCHT y la Dirección de Extensión Universitaria de la UCLA.

Por otra parte se realizaron evaluaciones continuas en función de los logros alcanzados y los fracasos, las fortalezas y debilidades que se han presentado en el transcurso del desarrollo de los proyectos. Ello ha permitido solucionar problemas que se han presentado y aclarar situaciones particulares de los diferentes contextos comunitarios. Por último, se han analizado las intervenciones llevadas a cabo y las actividades desarrolladas en función de los objetivos previstos.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

De igual forma, mensual y anualmente se ha recolectado información y presentado informes tanto al equipo de salud que interviene, como a las organizaciones que financian los proyectos respectivamente, donde se informa del cumplimiento de actividades realizadas por parte de la comunidad y de los miembros del equipo en relación a los objetivos de los programas.

Todo este modelo de evaluación presentado tiene una relevancia significativa como lo expresa Martínez (1991), porque no solo se basa en los objetivos del programa, sino que centra su atención en el proceso que sigue el programa.

1.4. Evaluación de resultados

De acuerdo a los programas establecidos por el equipo interinstitucional del MAEB, se han efectuado diferentes tipos de evaluaciones ya mencionadas, determinadas por el nivel de desarrollo en el que se encuentran las intervenciones. Sin embargo, aún no se realizado una evaluación de resultados. Entendida, de acuerdo a Boruch (1997) y Apodaca (1999), como la valoración de todos los efectos que genera un programa en función de los objetivos planteados y los no previstos dentro de los proyectos y programas.

Por ello, se decidió realizar una evaluación sistemática, con la finalidad de aportar elementos que faciliten la toma de decisiones que afectan al futuro de los programas y proyectos de salud establecidos en la comunidad dando continuidad, ampliación, reducción o supresión de ellos. Este modelo de evaluación es muy interesante en relación con los programas sociales que se implementan, ya que no sólo tiene en cuenta el nivel de consecución de los objetivos previstos (la eficacia y los resultados, en sentido estricto del programa o servicio evaluado), sino que también debe valorar cuál es su impacto con relación a la mejora del desarrollo social medido a través del desarrollo sociocomunitario y la calidad de vida general de las personas, los hábitos y estilos de vida, así como en la salud de las personas ya no solo tomando en cuenta los indicadores de morbilidad sino también la CVRS de las personas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Como lo expone Gómez (2004), un determinado programa puede conseguir totalmente los objetivos previstos, pero ello puede representar solamente una leve mejora del bienestar de los destinatarios de su acción. O por el contrario, otro programa puede conseguir sólo parcialmente los objetivos previstos, pero ello puede representar una mejora del bienestar.

Esta evaluación es de tal relevancia que, como lo sugiere Alvira (1998), la evaluación de resultados es clave dentro de las evaluaciones porque, a través de los diferentes tipos de evaluación, se puede constatar que el programa está bien diseñado, que el esfuerzo puesto en el mismo, en recursos de todo tipo, es el

adecuado, que la población objeto realmente está cubierta por el programa, etc. Pero si no se logra aportar mayor evidencia de que el programa tiene unos efectos determinados –los esperados–, que están implícitos dentro de los programas, los otros tipos de análisis se quedan vacíos. Normalmente, la evaluación del contexto/necesidades, de la planificación y diseño del programa y del proceso del programa de salud tiene sentido cuando se hace la evaluación de producto o de resultados, las evaluaciones mencionadas son complementos del análisis de la efectividad de un programa, para poder comprender mejor por qué sí o por qué no se logran los objetivos esperados.

Anteriormente se hacía hincapié sólo en evaluar el rendimiento. El momento político-social-económico que se está viviendo en el presente siglo ha generado cambios en la forma de evaluar. En la actualidad interesa ir más allá; no es sólo evaluar el costo-beneficio o productividad; interesa también valorar los cambios de actitudes generados en las personas (De Cenzo, 2003).

En la actualidad como se mencionó previamente se disponen de datos sobre el rendimiento de los programas, pero una de las maneras de contrastar estos datos es establecer comparación con otras comunidades, para evaluar, los efectos generados en la población en el desarrollo social, los hábitos y estilos de vida y en la salud de la población.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.4.1. Evaluación de la calidad de vida general

Teniendo presente que la calidad de vida es un constructo complejo y multidimensional, que involucra no sólo las condiciones bajo las que viven las personas, sino también su percepción sobre su estado físico, psicológico y social, la satisfacción consigo mismo, con su sociedad, con el sistema de salud, etc. Las diferentes posibilidades que tiene el ser humano en su dimensión individual y social, hacen que sea difícil establecer un modelo único y abarcativo.

En este sentido, conocer cómo viven las personas, no sólo implica el análisis de sus condiciones objetivas, como salud, trabajo, ambiente, etc, sino también su

satisfacción percibida y las expectativas de transformación que de estas condiciones tienen. Autores como Camos (1995) expresan que la calidad de vida depende no sólo de las condiciones de vida, sino de las expectativas , de necesidades que la persona y el colectivo tienen de esas condiciones, así como de los estándares de valores que se comparten en un momento dado y que están sometidos al cambio que se da en la sociedad.

Cuando valoramos calidad de vida no solo estamos valorando indicadores sociales, sino también, se valoran otros elementos referentes a cambios de comportamiento humano. Al respecto, Cohen (1995) afirma que tanto para detectar necesidades de atención sociosanitaria como para valorar en qué medida las actividades sanitarias son eficaces, se precisan de instrumentos que permitan medir de forma válida y fiable la calidad de vida de las personas.

La calidad de vida general, en este sentido, sería el grado de adecuación entre las condiciones de vida y la experiencia personal de esas condiciones de vida, lo que daría lugar a una mayor o menor satisfacción del individuo. De ahí que consideramos que las necesidades biológicas y sociales de las comunidades son un punto de partida de evaluación en el área de la salud.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.4.2. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

En el área de la salud, por ejemplo, el propósito fundamental de la utilización y medición de la calidad de vida en la esfera socio personal del individuo consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de las personas, así como una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la asistencia sanitaria (Reig-Ferrer y Bordes, 1995); y vale decir, de la atención brindada por un equipo de personas que trabaja promocionando la salud en general de una población. En nuestro caso, el programa de atención comunitaria llevado a cabo en el Municipio Andrés Eloy Blanco del Estado Lara.

De forma tradicional, hasta los años 80, los signos y síntomas seguían siendo las únicas medidas de resultados de la atención médica. La insuficiencia de estos indicadores y de las mediciones clínicas más tradicionales y la conveniencia y necesidad de completarlos con evaluaciones de funcionamiento físico, psicológico, social, de satisfacción y bienestar, en la línea de no solo añadir más años a la vida sino también más vida a los años, y el énfasis centrado en la efectividad incentivado por las presiones políticas, el avance tecnológico y la disponibilidad de grandes grupos, da origen a que la atención se haya desplazado hacia la medida de resultados desde el punto de vista de las personas, como un medio para evaluar la efectividad de los servicios sanitarios.

Al respecto, autores como Alonso (2000), Liang (2000), Badia y Baró, (2001), y Velarde y Ávila (2002) exponen que, si bien es necesaria la evaluación de la salud a través de los indicadores tradicionales, también es cierto que los instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud son de gran utilidad, ya que la misma se asocia con mortalidad, hospitalización y uso de recursos sanitarios, por lo que complementan la información convirtiéndose en un objeto terapéutico en si mismos.

Cuando se evalúa la CVRS se hace uso de indicadores que evalúan resultados en salud. Se incorpora la visión de los usuarios en función de su salud física, psicológica y social, así como también se valora su opinión en relación a la atención brindada a través de los programas de salud, pudiendo determinar si estos han sido efectivos y eficientes, ya que cuando se realizan evaluaciones de resultados se trabaja en función de los resultados reales obtenidos, independientemente de si estos estaban o no previstos dentro de los programas.

La CVRS como ya hemos dicho se ocupa de aquellos aspectos relacionados con la percepción de la salud, experimentada y declarada por las personas, particularmente en las dimensiones física, mental, social y de percepción de salud general. Excluye los aspectos que no pueden ser percibidos por el individuo como sus características bioquímicas o genéticas (Badia, y Carné 1998). También excluye dominios como el medio ambiente, el hábitat, las finanzas, que aunque

son determinantes de la calidad de vida de las personas, no forman parte de las dimensiones de la CVRS.

1.4.2.1. Aplicación de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

El estudio de la CVRS es importante tanto en el área de investigación como en la asistencia sanitaria, ya que aporta múltiples elementos de juicio en el seguimiento de salud de una población, en el estudio de las enfermedades y su tratamiento, así como también en la planificación de los recursos económicos sanitarios. Dentro de sus múltiples aplicaciones, la organización WHOQOL GROUP (1995), Streiner y Norman (1999), Badía y del Llano (2000), entre otros, destacan:

1) Identificar los problemas o necesidades de los individuos o poblaciones, a partir de la percepción que tienen de la propia salud.

2) Valorar la calidad de la asistencia permitiendo conocer si determinadas acciones que se realizan a través de los programas de salud sirven realmente para mejorar la calidad de vida.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3) Mejorar los conocimientos sobre la salud, a través de la percepción que las personas tienen de la misma, incluso en momentos diferentes de su estado.

4) Facilitar y mejorar la comunicación y la relación sistema de salud- comunidad, al conocer los problemas que le afectan y sus prioridades.

5) Evaluación fármaco-económica: la calidad de vida puede ser utilizada para realizar estudios de coste efectividad de diferentes tratamientos o intervenciones sanitarias.

Por tanto, constituye una fuente importante de evaluación, aunada a los ya existentes instrumentos de valoración clínica y a los indicadores de salud,

representando un avance sustancial en la evaluación de los resultados centrados en la población.

1.4.2.2. Dimensiones más comunes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

La CVRS es un concepto subjetivo, multidimensional, contextuado culturalmente y que cambia con el tiempo. A pesar de que refleja el punto de vista particular de cada uno y puede significar diferentes cosas para distintas personas, existe un amplio consenso acerca de determinadas dimensiones de interés (Reig-Ferrer y Bordes, 1995).

Al respecto, Badía y Lizán-Tudela (2004) exponen que las medidas de salud que aportan una mayor información clínica incluyen un número determinado de ítems que se agrupan en dimensiones o dominios que miden distintos aspectos de áreas de experiencias o conductas comunes, como la movilidad y el desplazamiento, que pueden agregarse dentro de la función física, o la ansiedad y la depresión, que pueden formar parte de la dimensión mental.

De acuerdo a estos autores, en la mayoría de instrumentos de medida de la CVRS se destacan tres aspectos como son: a) la importancia del estado funcional (físico, mental y social) en la multidimensionalidad del concepto; b) la subjetividad de la aproximación a la medición del estado de salud mediante preguntas a las personas, y c) la obtención de un número que representa un valor sobre el propio estado de salud.

Existen otras dimensiones más específicas de CVRS que son utilizadas dependiendo de la medida. Sin embargo, las dimensiones que tomamos y destacamos como relevantes de la CVRS de acuerdo al consenso entre investigadores como Richart, Reig-Ferrer y Cabrero (1999); Reig-Ferrer (2003); Badía y Lizán-Tudela (2004); Cabañero, Richart, Cabrero, Orts, Reig-Ferrer y Tosal (2004), son los siguientes:

a) Dimensión física: se conoce como la capacidad de realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal, por tanto incluye forma física, actividades cotidianas y movilidad física.

b) Dimensión psicológica: Evaluada a través de los sentimientos y reacciones emocionales.

c) Dimensión social: Se describe como la participación de las personas en actividades y relaciones sociales, por lo que incluye apoyo social, actividades sociales y aislamiento social.

d) Síntomas: evaluada a través de las escalas de dolor corporal, cantidad de energía y vitalidad.

e) Percepción de la salud: que no es otra que la impresión subjetiva del estado de salud actual o previo de la persona, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura.

1.4.2.3. Selección de instrumentos de medida de la salud

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Para realizar una evaluación óptima de la CVRS, uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta es la adecuada selección de los instrumentos de medida de la salud. Metodológicamente los instrumentos de medida de calidad de vida deben poseer una serie de características psicométricas como son la fiabilidad, validez y responsividad o sensibilidad al cambio, sobre todo si el objetivo es evaluar intervenciones. La importancia de otras propiedades psicométricas varía en función del objetivo de la investigación (Lizán-Tudela y Reig-Ferrer, 1999).

Reig-Ferrer y Bordes (1995) señalan que al elegir una medida necesitamos conocer y, responder previamente a las siguientes cuestiones: propósito de la atención, instrumento genérico o específico, características psicométricas y clinimétricas del instrumento, adecuación del instrumento a la población o grupo

de interés, grado de aceptación del mismo (tanto para el profesional de la salud como para la población a estudiar), el método de administración (profesional, individuo, allegado) y, a través de qué procedimiento (entrevista, correo, teléfono, autodeclaración, observación, etc), tipo de instrumento (monoítem, batería, escala, perfil, índice), sistema de puntuación (puntuación ponderada, directa…) y por último, tipo de escalamiento que ofrece el instrumento, etcétera).

La elección y selección de instrumentos dependerá de aspectos tales como su disponibilidad, el tipo de atención que deseamos, el ambiente en el que se desea aplicar el instrumento, además de otras características de la población (por ejemplo, la presencia de analfabetismo). Estas consideraciones permitirán responder en parte a cuestiones del siguiente tipo: ¿en qué circunstancias debe medirse la CV? ¿debe incorporarse siempre la medición de la CV? ¿de qué manera y en qué medida la incorporación de los aspectos relacionados con la CV puede mejorar la práctica clínica, y en nuestro entorno comunitario de modo que se beneficie a las personas? (Reig-Ferrer y Bordes, 1995).

En nuestro caso se toma en cuenta, además de lo expuesto por los autores, la elección de un instrumento con el que podamos conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones, que se pueda aplicar a población general, que evalúe la efectividad de las intervenciones sanitarias, que pueda detectar los beneficios en la salud en los grupos poblacionales producidos por una serie de intervenciones sanitarias, que permita desarrollar valores poblacionales y además realizar juicios de valor sobre un resultado cuantitativo que nos conduzca a la toma de decisiones, y que nos permita realizar comparaciones internacionales.

1.4.2.4.-Tipos de medidas en la calidad de vida relacionada con la salud

Los instrumentos de medida del estado de salud pueden clasificarse en dos grandes tipos: genéricos y específicos. Mientras que los específicos están diseñados para su utilización en pacientes con un tipo de problema de salud concreto, los genéricos son independientes del diagnóstico y se han desarrollado para poder ser utilizados en diferentes tipos de poblaciones (pacientes o personas

sanas). Entre las ventajas de los genéricos destaca la posibilidad de comparar el impacto relativo de diferentes enfermedades sobre el estado de salud, así como de obtener valores poblacionales de referencia (Alonso, Prieto, y Antó, 1995; Velarde y Ávila, 2002).

Los instrumentos genéricos pueden dividirse fundamentalmente, según sus características, en perfiles de salud y medidas de utilidad. Los perfiles de salud son cuestionarios que miden diferentes dimensiones de la CVRS, proporcionan una puntuación para cada uno de los aspectos o dominios de la CVRS que miden y como mínimo incluyen las dimensiones física, psicológica y social. Además, algunos cuestionarios proporcionan una puntuación (índice) agregada de todos los aspectos (Badía y Lizán-Tudela, 2004; Casas, Repullo y Pereira, 2001).

Predominantemente los instrumentos de medida de CVRS son cuestionarios que miden sentimientos, autovaloraciones o conductas, interrogando directamente al individuo que se evalúa, ya sea mediante entrevista cara a cara o a través de un cuestionario auto contestado (Alonso, 2000). Como lo exponen Reig-Ferrer y Bordes (1995), el uso de las medidas de CVRS sirve para detectar y evaluar el estado de salud global de los individuos, para estimar las necesidades de una población de interés, y para estudiar las causas y consecuencias del estado de salud.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Al respecto estos autores aluden al siguiente texto de Sonia Hunt: "Uno de los valores importantes de los estudios sobre salud es la posibilidad de que se pongan de manifiesto necesidades que no son evidentes para el personal sanitario. De todos modos, es necesario apuntar que el hecho de detectar niveles elevados de enfermedad en una comunidad no debe conducir inevitablemente al supuesto de que la mejor manera de resolver este problema sea por los servicios de atención sanitaria; puede que sean más apropiadas las intervenciones sociales o medioambientales. Esto puede ser particularmente cierto cuando se percibe que el estado de salud de un individuo está relacionado con las desigualdades sociales en ingresos económicos, vivienda, empleo, y acceso a recursos e

instalaciones. El problema final que plantea cuantificar la salud de una comunidad es conocer la manera mejor de resolver las necesidades puestas de manifiesto".

Teniendo en cuenta las características operativas de las escalas de la medida de la salud, se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos de Medline, Cinahl, PsycINFO, Redylacs y Lilacs sobre instrumentos genéricos de CVRS aplicados en Venezuela y en población general. Se identificó un artículo en el que se hizo uso del SF-36 adaptado en España, aunque no informa de su proceso de adaptación transcultural (Bastardo y Kimberlin, 2000) En otros buscadores como el google existe información de otros investigadores como Lucema (2005), Salas (2001) entre otros que utilizaron el SF-36 pero en los que se desconoce de dónde lo obtuvieron.

1.4.2.4.1. Cuestionario de Salud SF-36 o *Medical Outcome Study SF-36*

Existen instrumentos genéricos, con buenos criterios métricos de calidad y de amplio uso como, por ejemplo, el *Nottingham Health Profile (NHP)*, el *Sickness Impact Profile (SIP), Las Láminas COOP/WONCA*, entre otras (Badía, Salamero, y Alonso (2002). Sin embargo, uno de los más conocidos y usados internacionalmente, en estudios poblacionales, es el cuestionario de salud *Medical Outcomes Study SF-36 o Health Survey* (Garratt, Schmidt, Mackintosh, Fitzpatrick ,2002).

El SF-36 proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicometricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. (Institut Municipal d' Investigació Mèdica [IMIM], 2000). Fue desarrollado para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study MOS*) (Ware, y Sherbourne, 1992), y nos proporciona un perfil del estado de salud, siendo aplicable tanto a población general como para pacientes en estudios descriptivos y de evaluación.

1.4.2.4.2. Razones de la elección del SF-36

La decisión de utilizar el SF-36, entre todas las escalas genéricas, para determinar la CVRS de las poblaciones de Escalera y Miraflores son las siguientes:

1) Es de gran valor para comparar poblaciones en diferentes áreas geográficas, en distintos períodos cronológicos y en diferentes sistemas de servicios de salud, siendo un aspecto fundamental para establecer o modificar estrategias o programas de intervención.

2) Permite evaluar el impacto de las intervenciones comunitarias comparando la calidad de vida de las dos poblaciones, facilitando una evaluación integral de las intervenciones.

3) Está garantizado para ser aplicado por el entrevistador a personas con algún grado de dificultad como analfabetismo, dificultad de visión u otras incapacidades físicas o funcionales.

4) Permite una evaluación multidimensional del concepto de salud, e incluye aspectos de incapacidad incomodidad e insatisfacción, componentes todos de la evaluación de CVRS por lo que se genera una evaluación representativa de la misma.

5) Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista de la persona y permite obtener puntuaciones estandarizadas a preguntas estandarizadas.

6) El SF-36 puede ser auto-administrado, administrado por teléfono, o administrado durante una entrevista cara a cara con encuestados de 14 o más años de edad.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

7) Es relativamente corto, con un tiempo medio de aplicación de ocho a doce minutos.

1.5. Instrumentos de medición de calidad de vida general

Estudiar los procesos de empobrecimiento obliga a ubicarnos dentro de la perspectiva mundial. No puede obviarse la existencia de marcadas desigualdades a nivel mundial que están siendo estudiados por el Banco Mundial, el cual reconoce la necesidad de potenciar el desarrollo humano en los países pobres y en vías de desarrollo. Sin embargo, mientras se promueve este cambio, las acciones se orientan a trabajar hacia factores de empobrecimiento utilizando instrumentos validos que nos permitan identificar en cada sociedad las vías más idóneas y aceptables para intervenir a nivel local o nacional. Los instrumentos empleados en este estudio son: 1) el Graffar modificado, es uno de los más utilizados nacional e internacionalmente en estudios de estratificación social, de crecimiento y desarrollo humano. Puede ser utilizado en población general, proporcionando datos reales de las familias en relación a su estrato social; 2) el Método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), también denominado método de los indicadores o método directo; es un instrumento que, en conjunto con el Graffar modificado, constituyen una medida estructural de pobreza. El NBI busca identificar el núcleo de población que no logra cubrir los requerimientos mínimos para la subsistencia en relación a componentes tales como educación, servicios sanitarios, vivienda y trabajo.

Además de utilizar estos instrumentos, que forman parte de la valoración de calidad de vida general, se decide utilizar el cuestionario APGAR familiar, el cual se ha incorporado en la práctica clínica, tanto del médico de familia como de la enfermera comunitaria en Venezuela, como una herramienta más para el abordaje de los problemas familiares que influyen en la calidad de vida de las personas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.6. Otros aspectos en la evaluación del desarrollo social

El punto de partida del desarrollo comunitario es una comunidad definida territorialmente que muestra signos de subdesarrollo económico, respecto a la media del desarrollo del país o áreas mundiales de las que forma parte, y características de premodernizado en la estructura y relaciones sociales y culturales (Sánchez, 1991). Tomando en cuenta estos elementos, se puede decir que el desarrollo comunitario no está focalizado en un aspecto de un problema y reacciona contra una visión fragmentada y mutilada de la realidad. Por el contrario, como lo expresa Rezsohady (1998), preconiza una acción global e integrada, entendiéndose por desarrollo, el proceso global y dinámico mediante el cual una sociedad crea unas oportunidades y nuevos recursos para sus miembros.

La medición del desarrollo de una comunidad en lo relacionado con la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de salud de una región. Existen diferentes métodos de medición y niveles de complejidad, cuya elección depende del objetivo del estudio. En esta tesis, se presenta como uno de los objetivos, determinar si se han producido cambios de comportamiento en la comunidad y para ello hemos utilizando como base los recursos audiovisuales (grabador, video), cuestionarios e informes escritos, elaborados por el equipo de salud durante el desarrollo de los proyectos comunitarios, realizando al final una serie de ítems relacionados con el desarrollo comunitarios.

Aunque la región de las Américas (en particular América Latina y el Caribe) es una de las regiones del mundo que presenta la mayor desigualdad en la distribución de los ingresos, la situación general de la salud ha mejorado como consecuencia de numerosos factores sociales, ambientales y culturales, así como por efecto de los programas de salud pública y por la mayor disponibilidad de los servicios de salud (Michel, 1999). Sin embargo, creemos que esta mejoría no ha ocurrido en todas las comunidades de las zonas rurales del Municipio Andrés Eloy Blanco del Estado Lara de Venezuela con la misma fuerza, debido a la ausencia

de programas integrados que contribuyan al desarrollo comunitario del ámbito rural del municipio.

Es por ello, que esta tesis se lleva a cabo en dos comunidades (Escalera y Miraflores). En la primera el equipo de salud de la UCLA esta trabajando desde hace siete años y en la última aún no se inicia la intervención por parte del equipo de salud, y de ninguna otra institución puntualmente. Al hacer la valoración de estas dos comunidades podremos determinar la situación general de la comunidad, de sus habitantes y valorar la efectividad de los programas comunitarios en la primera de ella.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La investigación de resultados en salud (*health outcomes research)* es el estudio de las variables de evolución de las intervenciones realizadas por los equipos de salud y al objeto de proveer de evidencia científica para la toma de decisiones. La base de toda evaluación de resultados en salud radica en la utilización de diferentes fuentes de información y de instrumentos de medida válidos y fiables que permitan obtener información estandarizada sobre los cambios generados en la calidad de vida de las personas, en su estado funcional físico, psicológico y social y en su percepción sobre la salud.

Teniendo presente esta acotación, sabemos que la calidad de vida está influenciada por una serie de variables. La salud y otros recursos de la vida son medios para una vida de calidad y de cantidad; por tanto, la CV puede ser medida por indicadores tales como la perspectiva de vida, el nivel de salud, los ingresos, la actividad social, las oportunidades sociales, necesidades sociales, o las relaciones sociales y familiares. Por este motivo la calidad de vida está determinada por una posición valorativa por parte de las personas de lo que es, de lo que puede ser o tener, y del hacer.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Cuando lo que interesa dentro de la promoción de la salud ya no es solo la prevención de enfermedades, sino también la creación de condiciones que garanticen el bienestar y desarrollo social a través de la implementación de programas que impulsen ese desarrollo, se hace necesario hacer una evaluación de resultados en salud que como lo expresa Gómez (2004) la evaluación de resultados se debe dirigir a analizar los efectos y las consecuencias (esperados y no esperados) en sus diferentes niveles y perspectivas a analizar los procesos metodológicos de intervención, ya que solo a través del conocimiento de éstos se pueden tomar decisiones importantes y significativas en el campo de acción.

Teniendo presente lo expuesto por Gómez (2004) y siguiendo los objetivos de la promoción de la salud, es necesario determinar si los programas de salud llevados a cabo por el equipo multidisciplinario en el Municipio Andrés Eloy Blanco

del Estado Lara de Venezuela se adaptan a las necesidades poblacionales de las zonas rurales, y para ello, se debe de disponer de instrumentos validos y fiables que permitan determinar y diferenciar la calidad de vida de las zonas rurales del país. Para ello se ha hecho uso de un instrumento valido y fiable, como es el SF-36, y de otros cuestionarios que se vienen utilizando en Venezuela desde hace años atrás, de los que si existen datos, pero de los que no se conoce su fiabilidad y validez, o bien que sus análisis no son lo suficientemente rigurosos, y que por tanto deben validarse para poder determinar si son instrumentos que son confiables para evaluar el nivel de desarrollo de un país como es en este caso Venezuela.

Si los instrumentos son validos y fiables, pueden incorporarse en la práctica comunitaria como un gran apoyo para intervenir en comunidades, y tomar decisiones desde el punto de vista administrativo, asistencial, docente y de investigación realizando los cambios necesarios de acuerdo a lo hallado, además, sería una batería son instrumentos recomendables para la toma de decisiones en la política sanitaria.

Nuestro interés se centra en medir el desarrollo social de una comunidad que ha sido intervenida por el equipo multidisciplinario de la UCLA-Venezuela y compararla con otra que aún no ha sido intervenida por las organizaciones de salud del Municipio. Evaluaremos su desarrollo social a través del desarrollo sociocomunitario y la calidad de vida general; los hábitos y estilos de vida y la salud medida a través de los indicadores de morbilidad y de CVRS a través del SF-36.

Para lograr el objetivo propuesto, el presente trabajo de investigación se ha desarrollado en tres fases; en la primera fase, se lleva a cabo el proceso de validación transcultural del instrumento de CVRS (SF-36) que consta de la aplicación del SF-36 español y el venezolano, la validación lingüística, la revisión de investigadores expertos y elaboración del instrumento final; el segundo estudio se ocupa de la valoración de las propiedades métricas de la batería de instrumentos (SF-36, Graffar modificado, Método NBI y APGAR familiar) aplicados

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

a una población compuesta por 200 personas. En el tercer estudio se compara el desarrollo social medido a través del desarrollo comunitario y calidad de vida general; los hábitos y estilos de vida, así como la salud medida a través de los indicadores de morbilidad y de CVRS, de las dos comunidades, una intervenida desde hace años mediante un programa de desarrollo comunitario y otra de similares características, no intervenida.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

III. ESTUDIOS I, II Y III: MÉTODOS Y RESULTADOS

3.1. Diseño de la batería

Se ha elaborado una batería de cuestionarios especialmente diseñada para evaluar el desarrollo social, los hábitos y estilos de vida y la salud de la población rural de Venezuela. La batería incluye las variables y dimensiones que se destacan a continuación y se muestran en el anexo 3.

3.1.1. Variables del estudio

1. Desarrollo social: Está constituido por las dimensiones de desarrollo sociocomunitario y calidad de vida general.

1.1. Desarrollo sociocomunitario: Atiende al grado de desarrollo de una comunidad posterior a una intervención. Los indicadores empleados son los siguientes:

- Valoración que hacen las propias personas de las comunidades acerca de los programas de salud
- Opinión de las personas de las comunidades acerca de su situación actual
- Participación de las personas en las actividades de desarrollo comunitario
- Grado de integración social de las personas de las comunidades
- Valoración que hacen las personas acerca de su alimentación
- Valoración que hacen las personas acerca de los cambios de desarrollo comunitario

1.2. Calidad de vida general (CVG): Atiende al grado de satisfacción que presentan las personas de una comunidad en cuanto a los logros alcanzados de acuerdo a las metas propuestas por ellos mismos. En este estudio se evalúa a través de los instrumentos Graffar modificado, Método de Necesidades Básicas Insatisfechas y el APGAR familiar. Las escalas de Graffar modificado y de Necesidades Básicas Insatisfechas se utilizan para medir estratificación social y

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

líneas de pobreza de una comunidad, y el APGAR familiar para medir funcionalidad familiar .

2. Hábitos y estilos de vida: Esta variable atiende a los hábitos de vida y conductas potenciales de riesgo que tienen las personas y que repercuten directamente en su salud. Los indicadores son:

- Consumo de sustancias nocivas (cigarro, chimó y alcohol)
- Consumo de alimentos
- Hábitos de higiene personal (cepillado dental y baño)
- Regularidad del descanso (horas de sueño habitual)
- Práctica de ejercicio físico (correr, caminar, juegos de pelota, andar en bicicleta)
- Actividades recreativas durante el tiempo libre (ver televisión, escuchar música, leer, salir de paseo, caminar, jugar por diversión, reunirse con los amigos para jugar o beber y actividades religiosas)

3. Salud. Esta variable se refiere al bienestar físico, mental y social del individuo. Se evaluó a través de los indicadores clásicos de morbilidad y de la calidad de vida relacionada con la salud.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.1. Indicadores clásicos de salud: Se determinó a través de los indicadores:

- Presencia de procesos patológicos presentados por la comunidad durante el último año
- Consumo de medicamentos durante las últimas cuatro semanas
- Uso de los servicios del centro de salud

3.2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS): Para valorar la CVRS se empleó el Cuestionario de Salud SF- 36.

4. Variables biodemográficas Hace referencia a las características biológicas y de distribución de la población. Está compuesta por los indicadores edad, género, estado civil, número de hijos, nivel de escolaridad, religión, ocupación, y disponibilidad de dinero mensual de la persona encuestada.

3.1.2. Instrumentos de medición

3.1.2.1. Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud

El cuestionario de CVRS objeto de la validación es la versión española del SF-36 *Health Survey* (Cuestionario de Salud SF-36) adaptado por Alonso, et al (1995).

a) Descripción del cuestionario SF-36

El SF-36 se encuentra dentro de los instrumentos denominados perfiles de salud. Se dispone de valores de referencia para toda la población adulta española del SF-36 que son muy similares a las originales americanas en valores absolutos y en patrones de referencia por sexo y edad (Alonso, et al. 1998).

Las preguntas (ítems) del SF-36 miden tanto estados de salud positivos como negativos. Fue desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios que incluían 36 conceptos relacionados con la salud que cubren dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional. El área del estado funcional está representada por las siguientes dimensiones (Tabla 1): Función física (10 ítems), Limitaciones del rol por problemas físicos (4 ítems) Dolor corporal (2 ítems), Vitalidad (4 ítems), Función social (2 ítems), y Limitaciones del rol por problemas emocionales (3 ítems). El área del bienestar incluye la dimensión de Salud mental (5 ítems). Finalmente, la evaluación general de la salud incluye la dimensión de la Percepción de la salud general (5 ítems), y un único ítem relacionado con la Evolución declarada de la salud (Alonso, y col 1998).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 1. Conceptos del cuestionario de salud SF-36 y resumen de su contenido

Concepto	Resumen del contenido
Función física	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar peso, y los esfuerzos moderados e intensos
Rol físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo el rendimiento menor deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades
Dolor corporal	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
Salud general	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento del cansancio y agotamiento.
Función social	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	Grado en el 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 una disminución del cuidado al trabajar.
Salud mental	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el afecto positivo en general.
Evolución declarada de la salud	Valoración de la salud actual comparada con la de hace un año atrás

Fuente: (Alonso et al., 1998).

Los ítems y las dimensiones del SF-36 están puntados de tal forma que a mayor puntuación mejor estado de salud. Para cada dimensión los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala de 0 a 100 puntos (del peor estado de salud al mejor estado de salud de cada dimensión). El cuestionario puede ser autoadministrado o cumplimentado por entrevista personal y está dirigido a personas con edad igual o mayor de 14 años.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Actualmente el SF-36 es uno de los instrumentos genéricos de medida del estado de salud con mayor potencial de uso internacional en la evaluación clínica. La organización *Internacional Quality of Life Assessment* (IQOLA*)* incluyó en un principio en su proyecto a 14 países (Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Japón, los Países Bajos, Noruega, España, Suecia, el Reino Unido [versión inglesa], y los Estados Unidos [versión española]) aunque posteriormente se han desarrollado las traducciones en más de 40 países, de las cuales 11 versiones han sido validadas en Iberoamérica (Honduras, Guatemala, Costa Rica, Argentina, Chile, Perú, Uruguay, Brasil, Colombia, México y Venezuela), de acuerdo con la información presente en la página Web del grupo.

Sin embargo, dentro de las versiones que han reportado el proceso de adaptación transcultural se encuentran únicamente la versión española (Alonso, et al. 1995) y las mexicanas (Zúniga, Carrillo, Fos, Gandek y Medina, 1999; Duran, Gallegos, Salinas y Martínez, 2004). En la actualidad, estas versiones se utilizan para numerosos proyectos tanto nacionales como internacionales. Para trabajar con la versión venezolana del SF-36, se solicitó a la organización *Quality Metric Incorporated* el permiso para su uso, que de acuerdo a la página Web de la organización había sido validado en Venezuela. Hemos comprobado que no hay publicación sobre los resultados de su proceso de adaptación en Venezuela. La información que emite la organización al respecto es que utilizaron el mismo manual que se utilizó para el proceso de adaptación elaborados por ellos. Aún así, analizando la situación, se solicitó también al grupo de Barcelona el permiso para el uso de su instrumento SF-36 adaptado en España para aplicarlo en Venezuela, el cual fue concedido.

Al obtener el cuestionario y el manual del SF-36 adaptado en España se procedió a la aplicación del instrumento a una población del Municipio Andrés Eloy Blanco con características similares a las poblaciones a estudiar posteriormente. Específicamente se aplicó en la comunidad de Cerro Blanco encontrándose que a pesar de que aparentemente había una versión adaptada en Venezuela, la versión española se comprendía y que solo era necesario realizar algunos cambios semánticos. Aún así, cuando se obtuvo el SF-36

venezolano de la organización *Quality Metric Incorporated* se aplicó en otra comunidad con características similares a la anterior no alcanzando buenos resultados con esta versión. Por tal razón, se informó al grupo de EEUU acerca de los resultados obtenidos con ambos instrumentos y se les solicitó permiso para hacer la adaptación del SF-36 español, para Venezuela. Ante esta solicitud la organización de EEUU concedió el permiso correspondiente y nos solicitó la remisión de los resultados del proceso de adaptación así como los resultados finales posteriores a la defensa de la tesis.

b) Proceso de adaptación transcultural y propiedades psicométricas del SF-36 versión española

El proceso de traducción al español siguió un protocolo internacional estandarizado y coordinado por el proyecto internacional de adaptación del cuestionario original (*Internacional Quality of Life Assessment [IQOLA])* (Aaronson et al. 1992). El responsable por España fue Alonso y su equipo (Alonso et al.1995).

b.1. Proceso de Traducción: el cuestionario original, desarrollado en Estados Unidos, fue traducido al español por dos personas bilingües que vivían en EEUU cuya lengua materna era el español y que tenían experiencia clínica. Cada uno de ellos realizó una traducción independiente de los ítems del cuestionario y de las opciones de respuesta, estimando la dificultad de traducción en una escala de 0 (ninguna dificultad) a 100 (extremadamente difícil); posteriormente ambas traducciones fueron discutidas simultáneamente entre los traductores y uno de los investigadores (JA) hasta lograr un consenso.

La traducción consensuada fue entregada a dos evaluadores que puntuaron su calidad en una escala de 0 (totalmente inadecuada) a 100 (perfecta) según tres criterios (claridad, utilización de lenguaje común y equivalencia conceptual). A partir de sus valoraciones consensuaron una traducción directa preliminar que entregaron a dos nuevos traductores cuya lengua materna era el inglés norteamericano y que vivían en España. Éstos obtuvieron una nueva versión en

inglés (traducción inversa) que fue comparada con la versión original para evaluar la equivalencia conceptual. Posteriormente, se realizó una reunión con los autores de las versiones ya disponibles en otros países (Suecia, Reino Unido, Italia, Francia, Canadá, Australia, Alemania y Holanda) en la que trataron de armonizar el contenido del cuestionario. Finalmente, realizaron un estudio piloto con diversos grupos de pacientes crónicos para valorar la comprensión y la factibilidad de administración del cuestionario. Antes de producir la versión definitiva del cuestionario, se llevó a cabo un estudio empírico que consistió en la calibración de las opciones de respuesta del cuestionario, demostrando la ordinalidad de éstas y su equivalencia con la versión original americana.

b.2. Fiabilidad: La fiabilidad del instrumento se ha determinado a través de la consistencia interna y reproducibilidad de los ítems. La consistencia interna se calculó a través del coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados fueron aceptables (alfa de 0.7) en todas las escalas, excepto en los estudios originales de Alonso et al (1995), Alonso et al. (1998) y en el estudio de Prieto, Alonso, Ferrer y Antó (1997), donde reportaron un valor por debajo del recomendado en la dimensión función social; en este último estudio, en relación a la baja confiabilidad los autores sugieren que puede deberse a diferencias en las relaciones de función social entre los españoles y los americanos, especialmente en las actividades sociales familiares. Sin embargo, en otros estudios con poblaciones más grandes el coeficiente de alfa de Cronbach para la dimensión función social reportó valores altos (0,81). En general, las escalas rol físico, rol emocional, función física y dolor corporal obtuvieron los mejores resultados y en la mayoría de las ocasiones superiores al valor de 0,9 (límite recomendado para las comparaciones individuales). En un metaanálisis realizado por Vilagut et al. (2005), determinaron a través de estimaciones conjuntas que el alfa de Cronbach fue mayor o igual a 0,9 para las escalas de función física, rol físico y rol emocional; y las estimaciones conjuntas para el resto de las escalas superaron valores de 0,70.

La reproducibilidad del cuestionario SF-36 fue evaluada en el estudio de Alonso et al. (1995) sobre pacientes con enfermedad coronaria, mediante la comparación de las puntuaciones medias obtenidas en las dos administraciones

del cuestionario (test de la t de student) y el cálculo de coeficientes de correlación intraclase (CCI). Las puntuaciones medias de la administración inicial y la realizada al cabo de dos semanas fueron muy similares, con diferencias marginalmente significativas para la dimensión de función física (-3,7, p= 0,041). Los CCI de ambas administraciones fluctuaron entre 0,51 para la dimensión de rol físico y 0,85 de la dimensión de salud general.

b.3. Validez: la validez se ha explorado a través de validez predictiva, validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio, validez discriminante (técnica de grupos conocidos); de igual forma, en los diferentes estudios se ha estudiado la validez convergente y divergente, así como las relaciones con variables sociodemográficas, variables clínicas y funcionales.

El análisis factorial de componentes principales, que fue realizado en base a una población de 9151 personas cumplió la hipótesis previa de la presencia de dos factores (físico y mental). Las escalas de función física, rol físico, dolor corporal y salud general tuvieron correlaciones más elevadas con la componente física ($r \geq 0,74$). Las escalas de vitalidad, salud mental, rol emocional y función social se correlacionaron más con la componente mental ($r \geq 0,62$). Ese patrón factorial demostró ser estable en diferentes países europeos y en submuestras según grupos de edad y sexo (Ware et al. 1998).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Otros estudios que llevaron a cabo análisis factorial descriptivo de los ítems del cuestionario SF-36 español encontraron que al menos 5 de las ocho escalas propuestas por los autores del cuestionario mostraron una correspondencia muy precisa entre los factores y las escalas en cada uno de sus estudios, aunque estas 5 escalas no fueron siempre las mismas en todos los análisis (Ayuso-Mateos, Lasa, Vázquez-Barquero, Oviedo y Diez-Manrique, 1999; Failde y Ramos, 2000, Gómez-Besteiro, Santiago-Pérez, Alonso-Hernández, Valdes-Canedo y Rebollo-Álvarez, 2004).

La validez de constructo a través de la técnica de grupos conocidos fue llevada a cabo en diferentes muestras mediante comparaciones de grupos previamente

definidos con diferencias esperables en CVRS. Así, por ejemplo, en un estudio aplicado a una muestra de usuarios de programas de metadona encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p< 0,001$) entre las personas que llevaban un mayor tiempo en el programa en comparación con los de menor tiempo (Iraurgi, Póo y Márkez, 2004). Otro estudio de 1250 personas, determinaron que los que padecían alguna enfermedad crónica de larga evolución y los que habían consultado recientemente a un médico tenían puntuaciones significativamente más bajas en todas las escalas del cuestionario SF-36 en comparación con el resto de la población (Ayuso-Mateos, et al.1999). En este mismo estudio en relación a la validez se observó peor percepción del estado de salud en las mujeres para todas las escalas en comparación con los hombres, con diferencias estadísticamente significativas para las escalas de función física, rol emocional, salud mental, vitalidad y dolor corporal.

De igual forma, otras investigaciones como las de Alonso et al. (1998), Failde y Ramos (2000), Espinosa, Alonso, Ancochea, Gonzáles (2002), López-García, Banegas, Pérez-Regadera, Gutiérrez-Fisac, Alonso, Rodríguez-Artalejo (2003), López-García, Banegas, Gutiérrez-Fisac, Pérez-Regadera, Díez-Gañan, Rodríguez-Artalejo (2003), Rebollo et al. (2001), entre otros más, muestran que al realizar comparaciones de la población por género y grupos de edad, el grupo de los más jóvenes en ambos géneros tienen una mejor puntuación en comparación con los de mayor edad, siendo los varones quienes presentan puntuaciones más altas en la mayoría de las escalas en comparación con las mujeres.

Al realizar comparaciones con indicadores clínicos, los estudios originales muestran que de acuerdo a las patologías presentes en las personas, las escalas muestran empeoramiento de sus valores conforme aumenta el número de enfermedades, o el número de factores de riesgo. Así por ejemplo, en el estudio de Espinosa et al. (2002), en una población de 321 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el valor de correlación de las escalas del SF-36 con la disnea fue de rango intermedio (rango 0,19- 0,50), en comparación con valores entre la disnea y el VEMS (0- 0,44), de igual forma se observa que las puntuaciones medias de las escalas físicas muestran una diferencia significativa

según el nivel de gravedad clínica. En el estudio de Espinosa et al (2002), con una muestra de pacientes con asma, se observan diferencias significativas según la gravedad del asma en la mayoría de las escalas. Se encontró además, que las correlaciones de las puntuaciones del cuestionario con variables fisiopatológicas fueron moderadas y bajas, (como por ejemplo el VEMS) y siempre superiores con las medidas clínicas (disnea, la prueba de esfuerzo y la capacidad funcional observada). Este resultado muestra que el SF-36 mide un concepto diferente a lo que miden otros indicadores clínicos de salud y por tanto puede ser un complemento de los indicadores de morbimortalidad.

En otro estudio, llevado a cabo por Failde y Ramos (2000) con una muestra de 185 pacientes con una cardiopatía isquémica, se observó que las escalas de función física y salud general empeoraban conforme aumentaba el número de enfermedades adicionales, o bien el número de factores de riesgo.

En relación a la validez convergente y divergente se observa, en los estudios hechos por investigadores, que el cuestionario SF-36 mide constructos diferentes a los que evalúan otras medidas. Por ejemplo, en el estudio de Ayuso-Mateos, et al. (1999) se observó una correlación negativa y estadistidicamente significativa entre el cuestionario de salud mental *General Health Questionnaire (GHQ)* y las ocho escalas del SF-36, observándose una correlación moderada alta entre los ítems del GHQ-28 y la dimensión de salud mental, además, los pacientes con una puntuación mayor o igual a 6 en la versión de 28 ítems del *GHQ* obtuvieron también peores resultados en todas las escalas del SF-36.

En la investigación llevada a cabo por Permanyer, Brotons, Rivera, Alonso, Cascant, y Moral (2001), en la que establecen correlaciones entre el cuestionario SF-36, el Perfil de Salud de Nottingham (NHP) y el Índice de Actividad de Duke (DASI), se comprueba una correlación significativa entre los mismos, con coeficientes que denotan una correlación menos estrecha en áreas conceptualmente alejadas, por ejemplo -0,15 para rol físico y aislamiento social, pero mucho más próxima en áreas asociadas a la misma dimensión como es para función física y el DASI con correlación de -0,71.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En el estudio de Alonso, et al. (1998) encontraron correlaciones altas (0,30-0,81) entre la mayoría de las escalas del SF-36 y el cuestionario específico sobre el impacto de los problemas respiratorios *St. Georges Respiratory Questionnaire (SGQR)*, lo que evidencia que el SF-36 proporciona información que es substancial y no sólo síntomas y capacidad funcional. De igual forma, Prieto et al. (1997) en su estudio examinaron la validez convergente y discriminante del SF-36 y el NHP a través de la matriz multirrasgo-multimétodo encontrando que existe una validez convergente considerable entre las escalas función física, función social, dolor corporal, salud mental y vitalidad del SF-36 con las escalas de movilidad física, aislamiento social, dolor y reacción emocional del NHP (-0,63), a excepción de las dimensiones función social y aislamiento social.

Con respecto a la validez predictiva se ha comprobado que el SF-36 es un predictor independiente de la mortalidad en varios estudios clínicos (Vilagut et al. 2005). En el estudio de López, García-López de Álvaro y Alonso (2004) en pacientes que iniciaban diálisis por enfermedad renal crónica, encontraron que una vez ajustados los resultados por todos los indicadores clínicos de gravedad, las componente mental *(MCS)* y físico (*PC)* del cuestionario predijeron la mortalidad general tras más de dos años de seguimiento, principalmente en los diabéticos en diálisis frente a los no diabéticos que se encontraban en diálisis. El *MCS* también se asoció a mayores días de hospitalización en los dos grupos de pacientes.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

De igual forma en la investigación de Permanyer et al. (2001) en pacientes que requerían cirugía coronaria, se ha encontrado que el factor mental era un buen predictor de la mortalidad total al año de la intervención, así como de acontecimientos clínicos en los supervivientes iniciales, ajustado por características de riesgo quirúrgico, del proceso asistencial y del acto quirúrgico.

En otro estudio Domingo-Salvany et al. (2002) con una cohorte de 321 pacientes con EPOC, tras un seguimiento de 4,8 años, demuestran que el componente físico del SF-36 era un predictor de la mortalidad total y respiratoria

de los 312 pacientes a quienes les hicieron el seguimiento (proporción de riesgo estandarizada de 1,36 y 1,40 respectivamente).

b.4. La sensibilidad al cambio del cuestionario SF-36 español ha sido mostrada, aunque en menor cantidad en varios estudios al igual que el resto de propiedades métricas. En el estudio de Permanyer et al. (2001), se observó la capacidad del SF-36 para detectar cambios clínicos en los pacientes, quienes al ser evaluados con el cuestionario en seis meses y al año de la intervención experimentaron una mejoría significativa en todas sus escalas. Al año, los tamaños de efecto fueron de 0,88 para la componente física (*PCS*) y de 0,35 para la componente mental (*MCS)*.

Asimismo, en una muestra de pacientes tratados por angiomas coronarios, las puntuaciones de todas las escalas del SF-36 habían aumentado significativamente al año de la intervención (tamaño del efecto entre 0,45 y 1,29) con una mejoría notable de las escalas rol físico y dolor corporal (Permayer et al. 2001). En otro estudio con pacientes con hiperplasia prostática benigna que requirieron cirugía y a quienes se les evaluó un año posterior a la intervención, mostraron una mejoría significativa en todas las escalas del cuestionario. Las magnitudes del efecto fueron mayores de 0,5 lo que denota un cambio moderado en la escalas de rol físico y para la componente mental (Salinas-Sánchez, Hernández, Segura, Lorenzo-Romero y Virseda-Rodríguez, 2002).

En pacientes que habían sido tratados en casa con ventilación no invasiva por presentar cifoescoliosis, se encontraron cambios moderados en la mayoría de las escalas del SF-36 (tamaños del efecto superiores a 0,5), excepto en las escalas de dolor corporal y salud general, con cambios superiores a 0,8 en las escalas de rol físico y rol emocional a los 3, 6,9 y 18 meses.

A la vista de los resultados anteriores podemos concluir que el SF-36 español presenta unas adecuadas propiedades psicométricas y que sus resultados son consistentes con el instrumento original creado en EEUU. Por otra parte, es importante destacar que el SF-36 es uno de los instrumentos genéricos más

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

utilizados en la medición de CVRS en distintas poblaciones de pacientes y población general. Sirve de referencia en la validación de nuevos instrumentos de medición (Martín, Martínez, de Irala, Gibney y Kearnay, 1999). Además, en la atención primaria de salud, resulta más recomendable este instrumento que por ejemplo el Perfil de Salud de Nottingham para medir el estado de salud de la población o de pacientes con problemas menos graves de salud (Reig-Ferrer y Bordes. 1995). De acuerdo a Brazier, Roberts, y Deverill (2002) el SF-36 es una medida que permite la comparación entre diversas condiciones, permitiendo cuantificar la salud total de la población, pudiendo proporcionar información adicional que no puede ser valorada con otros instrumentos. Permite a las personas dar respuestas más seguras por presentar variables ordinales y, además, es un cuestionario elaborado para población no institucionalizada y población general.

3.1.2.2. Graffar modificado

El Graffar es un instrumento creado con la finalidad de establecer relaciones entre factores sociales y crecimiento humano y ha sido aplicado en Europa y América desde principios del siglo XX. Fue diseñado para su uso potencial en colectivos de distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales (Graffar 1956). El Método Graffar original se basó en un proceso de análisis psicométrico, permitiendo la generalización de su uso. En algunos Venezuela se ha realizado la adaptación transcultural del mismo, logrando obtener un instrumento equivalente al original y con una validez y fiabilidad aceptable de acuerdo a sus autores (FUNDACREDESA, 1994).

Al realizar una búsqueda en las bases de datos de Latinoamérica (Lilacs), Redalyc, Medline y CINHAL para hallar los estudios de validez del instrumento en Venezuela, encontramos apenas información al respecto. Los estudios existentes datan de los años 1975 a 1985. Por otra parte, los estudios publicados en estos últimos siete años empleando el Método Graffar, se han centrado en establecer relaciones entre el instrumento y determinadas variables antropométricas, clínicas y sociodemográficas.

a) Descripción del Método Graffar modificado

El índice Graffar fue creado en Bélgica por Graffar (1956) y fue modificado por Méndez en 1959 para su utilización en Venezuela (Castellano, 1986). De igual forma, el Graffar ha sido utilizado en otros países de Latinoamérica como son Colombia y Chile. En éste último país se tradujo de su idioma original por nativos de la lengua que residían en Chile (Valenzuela, Días y Klagges, 1976), sin embargo no se realizó un proceso de adaptación transcultural de la escala y se desconocen, así mismo, sus propiedades métricas.

Las variables del cuestionario plantean la estratificación social de la población tomando en cuenta el perfil social, económico y cultural para toda la población venezolana. El Graffar modificado aparentemente contiene un único factor, el estatus socioeconómico, formado con la suma de cuatro variables de carácter social: ocupación del jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, fuente de ingresos y condiciones de vivienda (tabla 2). Cada variable se puntúa en una escala de cinco valores consecutivos (1, 2, 3, 4, 5) y parte del supuesto que en cada una de esas variables los valores se corresponden con una condición o característica que tipifica un grupo o estrato socioeconómico. Esta estructura permite computar la suma total de los ítems y agruparlos en valores determinando el estrato al que pertenece la persona o el grupo familiar (FUNDACREDESA, 1994).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Los valores más bajos, correspondientes al estrato I, ubica a las personas dentro de la clase alta, el estrato II en la clase media alta, el estrato III se denomina como clase media baja, en el estrato IV comienza la situación de pobreza, definido como pobreza relativa porque no implica el nivel absoluto de privación y el estrato V corresponde a la clasificación de pobreza crítica que implica un alto nivel de privación (Contasti, 1975).

Cada variable del Graffar se define en cinco categorías, las cuales toman un valor numérico, tal como queda definido a continuación:

Tabla 2. Componentes del instrumento Graffar modificado

Variables	Puntaje	Items
1.- Profesión del jefe de la familia	1	Profesión universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las fuerzas armadas (si tienen un rango de educación superior)
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.-Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.-Condiciones de alojamiento	1	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Fuente FUNDACREDESA (1994)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 3. Estratos sociales que se obtienen de la suma del Graffar

Estratos socioeconómicos	Total del puntaje obtenido
Estrato I	4,5,6
Estrato II	7,8,9
Estrato III	10,11,12
Estrato IV	13,14,15,16
Estrato V	17,18,19,20

Fuente: FUNDACREDESA. (1994)

b) Proceso de adaptación transcultural y propiedades psicométricas del Graffar modificado

b.1. Traducción: El Método Graffar original, desarrollado en Bélgica, fue traducido al español y en este proceso de traducción se consideraron cambios lingüísticos de tipo semántico y sintáctico.

1) Originalmente el índice presentaba cinco variables con cinco opciones de respuesta generando en la suma total un recorrido entre 5 y 25 puntos. En la adaptación de Venezuela, de estas cinco escalas se elaboraron cuatro equivalentes a las originales manteniendo el recorrido de las cinco opciones de respuesta de acuerdo al contexto venezolano. Al utilizar cuatro componentes el recorrido de la suma total tiene un límite inferior de 4 y como límite superior el valor de 20.

2) Se realizaron cambios sintácticos y semánticos en las cinco respuestas estructurales, así como también en las componentes del índice: la denominación clase social fue modificada por el término estrato social, el término condiciones de barrio es modificado por condiciones de la vivienda (cuestión que posteriormente modificó Marcel en su cuestionario original); se modifica la variable nivel de instrucción de los padres y se sustituye por nivel de instrucción de la madre; este

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

último cambio (argumenta el investigador) se debe a la realidad venezolana en la cual con alta frecuencia es la madre la única responsable de la conducción del hogar y porque al usar el criterio profesión del jefe o cabeza de la familia queda incluida la posibilidad de obtener la información del nivel de instrucción del padre. Por último, otro cambio semántico realizado es el traslado de los obreros calificados del valor 3 al valor 4.

b.2. La **fiabilidad** del instrumento se obtuvo en el estudio de Laxague, Noguera y Méndez (1986) en el que realizaron correlaciones ínter ítems, estableciendo correlaciones entre las variables cualitativas (profesión del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingreso y condiciones de alojamiento) y las cuantitativas (estrato I, II, III, IV, V), a través del coeficiente de correlación múltiple, determinando que cada una de las variables cualitativas explica la clasificación del Método Graffar modificado. Al realizar correlaciones ínter ítems de los cuatro componentes se observan correlaciones que varían entre 0,62 y 0,75.

b.3. Validez:

b.3.1. **Análisis factorial**: La validez del cuestionario la realizan a través del análisis de componentes principales. Establecen correlaciones entre las variables cualitativas del instrumento, determinando que existen correlaciones superiores a 0,5 y que existe una estructura factorial subyacente. Al realizar el análisis de componentes principales determinan, por las saturaciones que se originan, que existe un único factor al que denominan estatus socioeconómico. De igual forma se toma una muestra menor (180 personas) de la muestra total con la que se realizaba la investigación (3850 personas) y se hace un análisis por conglomerado para asignar los valores sumatorios del instrumento a un determinado estrato social (Contasti 1975). Esta muestra fue poco representativa, aún así se clasificó sus puntuaciones y se agruparon en cada uno de los estratos.

b.3.2. Relación del Graffar con variables antropométricas y clínicas: El primer estudio, que sirve como referencia al resto de los estudios realizados con

Graffar, es el de Proyecto Venezuela (FUNDACREDESA, 1994) donde determinan la relación talla/peso con estrato socioeconómico, ubicando a las personas con mejor talla y peso en los estratos I, II a medida que descienden en los valores se van ubicando en los estratos III, IV y V, respectivamente. Otro estudio llevado a cabo por Contasti (1999) en una muestra poblacional similar a la del Proyecto Venezuela determinó, en relación a la variable talla, que ésta no se modifica para los estratos I y II y para los que clasifican dentro del estrato III con puntaje de 10, por tanto, el Graffar sólo explica un 8% de la varianza de la variable talla en los diferentes grupos de edad. Así mismo, Contasti (2004) lleva a cabo un estudio en el que determina la relación de los factores socioeconómicos medidos a través del Graffar modificado sobre la talla de varones con edades entre 2 y 17 años, encontrando que, además de los factores ambientales, uno de los elementos mas influyentes en esta variable es la genética, que es lo que explica en buena parte la diferencia de tallas y de peso entre varones y mujeres en la pubertad.

Un estudio, llevado a cabo por Amaya-Castellanos et al. (2002), muestra que las personas ubicadas en los estratos IV y V de las zonas rurales deprimidas en comparación con las urbanas marginales no presentan diferencias estadísticamente significativas en relación a los indicadores talla/edad, peso/edad y peso/talla. De igual forma, Velásquez, Barón, Solano, Páez y Llovera (2006), muestran relaciones estadísticamente significativas entre el déficit del estado nutricional antropométrico y el estrato social, observándose una mayor tendencia a déficit nutricional en las personas de nivel socioeconómico bajo (estrato IV y V) en comparación con los de nivel socioeconómico alto (estrato I y II).

Al realizar comparaciones con indicadores clínicos, los estudios muestran que los factores socioeconómicos (medidos por el Graffar) influyen sobre los problemas nutricionales, parasitológicos e inmunológicos de las personas, encontrándose relaciones estadísticamente significativas entre los estratos sociales y la presencia de situaciones clínicas que ponen en riesgo la vida de las personas, así como también los hace vulnerables a la presencia de otras

patologías como lo demuestran los estudios de Acosta, Cazorla y Garbett (2002), Ortiz et al. (2000), Portillo-Castillo, Solano y Fajardo (2004).

En el estudio de Amaya-Castellanos et al. (2002), muestra que las personas ubicadas en los estratos IV y V de las zonas rurales deprimidas, en comparación con las urbanas marginales, no presentan diferencias estadísticamente significativas en relación a la prevalencia del déficit de vitamina A en ambas poblaciones; sin embargo, la deficiencia severa de la vitamina A fue encontrada con mayor frecuencia en las zonas urbanas, determinando que una de las causas del problema lo constituye los factores sociodemográficos que son medidos por el Graffar.

Por otra parte, en el estudio llevado a cabo por Mannios et al. (2004) y Velásquez, et al. (2006) muestran asociaciones estadísticamente significativas en cuanto al perfil lipídico y los niveles socioeconómicos de las personas, teniendo como resultado que los de estratos bajos (IV y V) presentaron valores desfavorables para todas las variables lipídicas estudiadas al compararlos con los de estrato alto (I y II).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.1.2.3. Método de Necesidades Básicas Insatisfechas

Es el método directo más utilizado por la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) aplicado por Boltvinik utilizando variables métricas, consiste en verificar si los hogares satisfacen una serie de necesidades previamente establecidas y considera pobres a aquellos que no lo han logrado (Bolvitnik, 2003).

El NBI es un método directo de identificación de pobreza, tomando en cuenta aspectos que no se ven reflejados necesariamente en el nivel de ingresos de un hogar. Las fuentes de información utilizadas por el NBI son los censos de población y vivienda disponibles en prácticamente todos los países de América Latina. Se justifica porque sólo los censos permiten lograr el grado de desagregación geográfica requerido para que un mapa de pobreza sea útil en la

identificación de necesidades espacialmente localizadas (Ferres y Mancero, 2001).

De la gran variedad de datos que contienen los censos, los investigadores seleccionaron los indicadores adecuados para reflejar las necesidades primordiales de la población, tomando en cuenta que estos indicadores a su vez están restringidos al tipo de información que proporcionan los censos. El proceso de selección estaba constituido de manera general por cuatro pasos: determinación del grupo de necesidades básicas mínimas susceptibles de estudiarse con la información del censo, elección de indicadores censales que representen dichas necesidades, definición del nivel crítico de satisfacción para cada necesidad y el asegurarse que los indicadores seleccionados correspondieran a situaciones de pobreza (Ferres y Mancero, 2001).

De acuerdo a este proceso de selección de indicadores surge el método de NBI, del cual hoy día se sigue haciendo uso junto con el Graffar al trabajar directamente con comunidades como referentes para la medición de la pobreza en Venezuela (Instituto Nacional de Estadística, 2005). Las necesidades consideradas en el NBI se limitan a cuatro categorías: acceso a una vivienda que asegure un estándar mínimo de habitabilidad para el hogar, acceso a servicios básicos que aseguren un nivel sanitario adecuado, acceso a la educación básica y capacidad económica para alcanzar niveles mínimos de consumo (tabla 4). Una vez elegidas las variables a efectos de medición (tabla 5) es necesario establecer los umbrales de privación que definen la situación de carencias críticas. Cuando un hogar presenta o no carencia en alguna de las dimensiones, éste se clasifica en no pobre, pobre o en pobreza extrema dependiendo del número de variables presentes durante su medición; por tanto, en estricto rigor este método permite medir el número de hogares que no ha satisfecho alguna necesidad básica (Boltvinick, 1999).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 4. Componentes del instrumento Método de Necesidades Básicas Insatisfechas

Necesidades Básicas	Dimensiones	Variables censales
Acceso a la vivienda	a) Calidad de la vivienda	a.1) Materiales de construcción utilizado en piso, paredes y techo
	b) Hacinamiento	b.1) Número de personas en el hogar b.2) Número de cuartos para dormir en la vivienda
Acceso a servicios sanitarios	a) Disponibilidad de agua potable	a.1) Fuente de abastecimiento de agua de la vivienda
	b) Tipo de sistema de eliminación de excretas	b.1) Sistema de eliminación de excretas y disponibilidad de servicio sanitario
Acceso a la educación	Asistencia de los niños en edad escolar aun establecimiento educativo	a.1) Edad de los miembros del hogar a.2) Asistencia a un establecimiento educativo
Capacidad económica	Probabilidad de insuficiencia de ingresos del hogar	a.1) Edad de los miembros del hogar que aportan el dinero a.2)Último nivel educativo aprobado del jefe de familia a.3) Número de personas en el hogar a.4) Condición de actividad

Fuente: Boltvinick/ PNUD (1999)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 5. Variables del instrumento Método de Necesidades Básicas Insatisfechas

Variable	Indicador	Definición
Inasistencia escolar	Asistencia a la escuela.	Hogares con niños en edad escolar (7 a 12 años) que no asisten a la escuela.
Hacinamiento	Hogares que presentan más de tres personas por cuarto para dormir.	Se consideran hogares donde el cociente (H), entre el número de personas pertenecientes al hogar (P), y el número de cuartos para dormir (C). H = P / C Resultado mayor a tres
Vivienda inadecuada	Hogares que habitan en ranchos, viviendas rusticas, improvisadas, casas de vecindad, carpas, cuevas etc.	Se consideraron los hogares que declararon como tipo de vivienda: rancho, casa de vecindad u otra clase.
Carencia de servicios básicos	Hogares que presentan inaccesibilidad al agua potable o a los servicios de eliminación de excreta.	Se consideran los hogares que presentan cualquiera de estas dos condiciones dependiendo de: **-Medio urbano:** se toma en consideración si carece de al menos de uno de los servicios. **-Medio rural:** se considera si carece de los dos servicios simultáneamente.
Alta dependencia económica	Dependencia económica, condiciones de empleo de los miembros del hogar.	Se consideran los hogares cuyos jefes de familia declaran como máximo una escolaridad de educación primaria y donde el número de personas por ocupado resulto mayor a tres.

Fuente: Boltvinick/ PNUD (1999)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 6. Clasificación de los hogares de acuerdo al Método de Necesidades Básicas Insatisfechas

Categoría	Concepto
Hogares no pobres.	Hogares sobre la línea de pobreza con todas sus necesidades básicas satisfechas.
Hogares pobres	Hogares que presentan al menos uno de los cinco indicadores asociados a carencias.
Hogares en pobreza extrema	Hogares que presentan dos o más de los indicadores asociados a carencias.

Fuente: Boltvinick / PNUD (1999).

Al realizar una revisión de la aplicación del Método de Necesidades Básicas Insatisfechas en las principales base de datos de Latinoamérica (Lilacs) y Redalyc y en otras bases de datos como Medline y Cinhal se encontró que existen 61 artículos relacionados con su uso, de los cuales el 98% establece relaciones entre el NBI y variables clínicas, sociodemográficas y medidas antropométricas; sólo uno de ellos, además de ubicar a las personas dentro de una categoría, establece correlaciones entre los grupos.

En el estudio de Lipina, Martelli, Vuelta, Ricle y Colombo (2004) en el que realizan validez de constructo discriminante, obtuvieron como resultado que los niños con NBI presentaban diferencias estadísticamente significativas en cuatro de los test cognitivos aplicados, en comparación con los niños de necesidades básicas satisfechas (NBS). Los niños con NBI presentaron puntajes más bajos, dificultad para mantener la información relevante, deficiencia en la progresión del desempeño, mayor número de errores, mayor lentitud para organizar las tareas y utilizaron menos tiempo de planificación en los problemas de mayor dificultad; sin embargo, su efectividad fue menor en comparación con niños de NBS.

Otros estudios, como el de Poletti y Barrios (2001), Montilva, Ferrer, Nieto, Ontiveros, Durán, y Mendoza (2003), establecen comparaciones entre Necesidades Básicas Insatisfechas con variables antropométricas. En el segundo estudio (Montilva et al. 2003) determinaron que en relación a las variable peso/edad y peso/talla no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

Sin embargo, en las variables talla/edad si se observan diferencias estadísticamente significativas (p=0,001) de acuerdo a la clasificación de hogar pobre o en pobreza extrema.

También establecen relaciones entre cada una de las variables que comprende el NBI y las variables talla/ edad, peso/talla y peso/edad, obteniendo como resultado que quienes tienen como fuente de ingreso donaciones públicas, una vivienda inadecuada, déficit de algún servicio básico, entre otras variables estudiadas tienen un riesgo significativamente mayor (1,2 veces) de presentar déficit talla/edad en comparación con los niños que no presentan tales condiciones, y en aquellos niños que sus viviendas son inadecuadas, y hay hacinamiento crítico, tienen un riesgo significativamente mayor (1,3 veces) de presentar déficit peso/edad en comparación con el resto de niños. En cuanto al riesgo estimado de déficit peso/talla, y en el indicador de niños en edad escolar que no asisten a la escuela, en las variables del NBI no se observaron diferencias estadísticamente significativos en ninguna de las variables antropométricas.

Poletti y Barrios (2001) realizan correlaciones entre el NBI y la talla, y lo hacen por grupos de población, los que presentan NBI y los que no, observándose diferencias estadísticamente significativas entre los niños expuestos a factores de riesgo como son la presencia de las necesidades básicas insatisfechas, y el déficit de lactancia materna en comparación con los no expuestos. La diferencia fue estadísticamente significativa con odds ratio de 2,35 para el primer factor y 1,27 para el segundo.

En un estudio realizado por Cuevas, De la hoz, León, Guerrero, Gamboa y Araujo (2004) utilizando variables clínicas y sociodemográficas, establecieron correlaciones significativas (p= 0,01) entre la incidencia de la enfermedad de Hansen y el NBI; en igual medida, las comunidades con mayor presencia de NBI reportaron un mayor número de casos de la enfermedad. Por su parte, otro estudio realizado por Poletti, Pizzorno y Barrios (2006) en población de 10 a 15 años para evaluar las asociaciones entre cifras tensionales y las NBI, determinaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los

adolescentes con NBI y los que tienen satisfechas sus necesidades básicas, por lo que la variación de las mismas se deben a otras causas que no fueron estudiadas.

El método de NBI hasta el momento no ha recibido ningún otro tratamiento psicométrico de acuerdo a la información publicada y se aplica en los diferentes países de Latinoamérica como un complemento para determinación de niveles de pobreza y aplicar posteriormente estrategias de apoyo nutricional o programas para el desarrollo social.

3.1.2.4. APGAR familiar

El APGAR familiar es un instrumento creado por Smilkstein en 1978, en Washington, para evaluar la funcionalidad familiar. Su uso se ha extendido por ser sencillo, de fácil aplicación permitiendo estimar de forma rápida el estado de funcionalidad familiar. Sus variables sirven para explorar las áreas de importancia de la vida psico-familiar de las personas. Está compuesto de dos partes: la primera mide la relación que mantiene el individuo con su grupo familiar y por tanto determina la funcionalidad de la familia; y la segunda parte es un suplemento empleado por los especialistas (médicos de familia, psicólogos, psiquiatras, enfermeras de salud pública, entre otros) que se utiliza cuando se detecta disfunción familiar, con la finalidad de abordar la situación problema.

Fue diseñado para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales (Bahsas, 1999). El APGAR original siguió un proceso de fiabilidad y validez psicométrica lo que permitió la extensión de su uso. En algunos países como China, España, y Colombia han realizado la adaptación transcultural del mismo, logrando obtener un instrumento equivalente al original y con una validez y fiabilidad aceptable. (Y.C Chen, Smilkstein, y C.C Chen 1980; Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1995; y Arias y Herrera (1994).

El APGAR familiar presenta dos formatos de respuesta, a saber: el primero de ellos contiene las cinco escalas con solo tres opciones de respuesta (siempre, a veces y casi nunca); el segundo se diferencia del anterior en que presenta cinco opciones de respuesta (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca) (tabla 8). Las puntuaciones son de 0 a 2 para el primer formato y de 0 a 4 para el segundo. El cuestionario original fue validado con ambas escalas; sin embargo, las cualidades psicométricas estuvieron mejor representadas por la escala de las 5 opciones de respuesta. Smilkstein y Ashowort (1982) informa que el primer formato es para uso clínico, en conjunto con un complemento en el que se intenta obtener mayor información sobre la familia; y el segundo formato lo recomienda para su uso en población general, porque presenta muy buenos valores de fiabilidad y validez.

Tabla 7. Componentes del instrumento APGAR familiar

Componente	Definición
A Adaptación	Es la capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua y /o la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado.
P Participación	Es la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones.
G Crecimiento	Es el logro de la madurez emocional y física y de la autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo.
A Afecto	Es la relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.
R Resolución	Es la capacidad de resolver los problemas del grupo familiar compartiendo tiempo y espacio entre los integrantes de la familia

Fuente: Bahsas (1999)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 8. Ítems y escalas de respuesta del Instrumento APGAR familiar

Indicadores	Siempre (4)	Casi siempre (3)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?					
¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo?					
Mi familia ¿acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?					
¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de amor y tristeza?					
¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos?					

Fuente: Bahsas (1999)

Cada componente del cuestionario usando la escala de cinco opciones de respuesta las cuales al final son sumadas originando un puntaje total definido a continuación:

Tabla 9. Puntaje total que se obtiene del instrumento APGAR familiar

Total del puntaje obtenido	Grado de funcionalidad familiar
14-20	Buena funcionalidad familiar
7-13	Disfuncionalidad familiar moderada
0-6	Disfuncionalidad familiar severa

Fuente: Bahsas (1999)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

b) Propiedades métricas del APGAR familiar original

b.1. Fiabilidad.-

b.1.1. Consistencia interna: La fiabilidad a través de la consistencia interna fue evaluada en el estudio de M.J.D Good, Smilkstein, B.J Good, Shafer y Arons (1979) en 486 estudiantes de segundo año de psicología de la Universidad de Washington obteniendo como resultado un alfa de Cronbach de 0,80 y correlaciones ínter-ítems entre 0,46 y 0,64.

b.1.2. Fiabilidad test-retest: Fue realizada en otro grupo de estudiantes diagnosticados con mal y buen comportamiento de acuerdo al test de Coger, aplicado el test en dos ocasiones a 100 estudiantes con un intervalo de dos semanas y obteniendo un coeficiente de correlación de 0,83. (Y.C Chen et al.1980).

b.1.3. Acuerdo o equivalencia ínter-observador: Se obtuvo en el estudio de MJD Good et al. (1979) estableciendo el acuerdo de puntuaciones entre esposos de un mismo grupo (grupo no clínico) a quienes se les administró el APGAR familiar y el *Pless- Satterwhite Family Function Index* (*FFI)*, que se suponen que son instrumentos que miden el mismo atributo, determinando correlaciones de 0.65 para el FFI y 0,67 para el APGAR.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

b.2. Validez

b.2.1. Validez de constructo:

b.2.1. Validez discriminante (técnica de grupos conocidos): fue realizada en el estudio de M.J.D Good et al. (1979) estableciendo diferencia entre dos grupos (clínicos y no clínicos), encontrando diferencias estadísticamente significativa ($p<0,001$) en cada uno de los componentes del APGAR.

b.2.2. Validez convergente: Fue realizada en este mismo estudio. Se administró el APGAR familiar, otra escala de funcionalidad familiar (FFI) y un test

de evaluación clínica establecido por un grupo de psicólogos que estima igualmente funcionalidad familiar. El APGAR y el FFI presentaron correlaciones altas de 0,80, mientras que el APGAR y el test elaborado por los especialistas presentaron correlaciones moderadas de 0,64.

c) Propiedades métricas del APGAR Familiar empleado en Venezuela

El APGAR familiar no siguió un protocolo de adaptación transcultural en Venezuela. De acuerdo a la información dada por uno de los principales investigadores de Venezuela (B F) y que utilizó el instrumento por primera vez, nos informó que no se llevó a cabo ningún estudio de validación porque al hacer uso de la escala en las diferentes investigaciones generaba resultados que eran muy similares a los alcanzados por Smilkstein y por otros investigadores en Norteamérica. De igual forma nos manifestó que los resultados alcanzados con este instrumento en la clínica eran satisfactorios, razón por la cual no consideraron el proceso de adaptación y él y su equipo de investigación se dedicaron a traducirlo al castellano para su uso en Venezuela.

En la búsqueda realizada en las bases de datos de Latinoamérica (LILACS, y Redalyc), así como en Medline, CINHAL y PSYCINFO, para hallar los estudios de validación del instrumento en Venezuela, no se consiguieron estudios que hayan realizado el proceso de validación y los estudios que existen sobre el APGAR familiar presentan dificultades por el uso incorrecto del cuestionario. Los diferentes investigadores venezolanos utilizan, por ejemplo, versiones en las que el contenido semántico del instrumento es diferente al traducido en Venezuela y las puntuaciones empleadas son de cuestionarios adaptados en otros países como es el caso de Colombia o España; o bien toman directamente el cuestionario adaptado en otros países como España sin tomar en cuenta las diferencias existentes. Por tanto, aunque hay investigaciones realizadas en el entorno venezolano que hacen uso del APGAR y en ellas realizan algún tipo de validez, no se toman en cuenta para nuestro estudio. Podemos citar algunos de ellos como el de Ferrer (2003); Franco y Mendoza (2002); Gonzáles, Mejía y D' Ávila (2003) y Mora (2002) entre otros.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.2. ESTUDIO 1

3.2.1. Objetivo general:

La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud es una cuestión esencial y primordial cuando se trata de evaluar la salud de una población. Constituye, además, un indicador que nos ayuda, junto con los indicadores epidemiológicos, a la toma de decisiones en la prestación de los servicios de salud en una comunidad.

Ante la inexistencia de un instrumento que evalúe la calidad de vida relacionada con la salud que haya sido adaptado en Venezuela, nos propusimos realizar la validación lingüística de un instrumento que fuese apto para aplicar en población general, susceptible de aplicarse con las mínimas variaciones al contexto venezolano y que además fuese psicométricamente sólido.

3.2.1. Objetivos específicos

1. Determinar la viabilidad del SF-36 venezolano de la organización *Quality Metric Incorporated*.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2. Realizar la validación lingüística del instrumento SF-36 español en Venezuela.

3. Valorar la viabilidad del SF-36 validado en Venezuela y del SF-36 adaptado en España.

3.2.2. Procedimiento

En un principio se entró en contacto con la organización *Quality Metric Incorporated,* autores del SF-36 adaptado en Venezuela (de acuerdo a la información que aparece en su página Web), para informarles del proyecto y solicitar su autorización de uso. Obtuvimos respuesta por parte de la organización

dos meses después y, cuando se obtuvo el instrumento en la versión venezolana y el manual en idioma ingles, se observó que no había información sobre el proceso de adaptación en la versión venezolana. Se estableció comunicación nuevamente con ellos e informan vía correo electrónico que se utilice como guía su manual y como referencias bibliográficas el instrumento adaptado en EEUUU y otros países pertenecientes al proyecto IQOLA.

En reunión previa a su respuesta (la cual se retrasaba) se decidió continuar trabajando con la versión española del SF-36 de la cual se tenían referencias de su proceso de adaptación; se les informó al grupo IMIM de Barcelona que se trabajaría con su instrumento y, por tanto, se les solicitó su permiso para usarlo, (autorización concedida vía e-mail). Cuando se obtuvo el cuestionario y el manual del mismo, se acordó reproducir los cuestionarios sin modificación alguna para hacérselo llegar a los expertos en el área, quienes posteriormente informaron por escrito de todos los cambios que deberían de hacerse antes de administrar la primera prueba piloto.

Por otra parte, durante el mes de junio se obtuvo el cuestionario SF-36 venezolano elaborado por el *Quality Metric Incorporated.* Fue enviado a Venezuela para que dos Magíster en Salud Sexual y Reproductiva (LB y PE), con amplio conocimiento en atención primaria y pertenecientes a la UCLA-Venezuela, pasaran el cuestionario a un grupo de personas que acudían a la consulta de un Ambulatorio Rural perteneciente al mismo municipio.

3.2.3. Aplicación del instrumento SF-36 venezolano de la organización *Quality Metric Incorporated.*

3.2.3.1. Procedimiento

Para homogeneizar los criterios de aplicación del cuestionario a las dos magísteres se les entrenó previamente vía telefónica y por correo electrónico. Se les hizo llegar el cuestionario, los datos sociodemográficos que deberían recolectar y un listado de preguntas a realizar relacionadas con el cuestionario

(claridad, entendimiento y relevancia del mismo), así como también, la normativa a seguir para pasar el cuestionario a la población. El entrenamiento atendió principalmente al mantenimiento de la literalidad de los ítems y de las alternativas de respuesta del instrumento, se hizo énfasis sobre la no aclaratoria de los ítems y la conservación de la estructura. No se realizó otra asesoría con respecto a la aplicación del instrumento debido a que son personas expertas en el área.

Las entrevistadoras administraron el cuestionario (anexo 2) en el ambulatorio durante un tiempo de dos semanas del mes de Julio del 2005; con el permiso de parte de los entrevistados realizaron grabaciones de la aplicación. El cuestionario no se entregó a los encuestados para su cumplimentación debido al bajo nivel de instrucción de la población. Cada entrevistador realizó 15 entrevistas dentro del ambulatorio en un área habilitada para ello, donde sólo se encontraba el encuestador y el entrevistado, presentándole el motivo del estudio y a continuación procedían a realizar el cuestionario en conjunto con lo ya expuesto.

3.2.3.2. Participantes

Las personas participantes en este estudio eran pacientes que acudían a la consulta del ambulatorio rural tipo I de La Cruz. La extracción de la muestra se realizó por muestreo intencional, quedando fuera de la población las personas menores de 15 años, con algún déficit mental informado por su acompañante o por el equipo de salud que allí labora, y las personas que acudían al ambulatorio con estado grave de salud (con insuficiencia respiratoria aguda, hipertensos graves, heridos por armas blancas, con emponzoñamiento ofídico y con cuadros diarreicos agudos-graves). En total se contactó con 35 personas, de las cuales 30 decidieron participar en la cumplimentación del cuestionario y de las preguntas anexas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.2.3.3. Resultados

La viabilidad del instrumento es escasa y pobre ya que en la muestra estudiada (30), el 68% de ellos no respondieron a todas las escalas del cuestionario, a pesar de que fue administrado por el entrevistador, que como se mencionó anteriormente eran personas con un bajo nivel educativo. La impresión general de los investigadores que aplicaron el cuestionario, cualitativamente fue la siguiente:

- Las personas se muestran confundidas con la gran mayoría de las preguntas
- Tienen una confusión de términos enormes, por ejemplo, para ellos límite son linderos y responden incoherentemente, nos dicen *"Yo no salto los linderos que me estropeo"*
- No comprenden el significado de palabras como por ejemplo, *salud física*.
- Como el instrumento no es comprendido de manera general, no permite reconocer verdaderos estados de salud de las personas.

La impresión general por parte de las personas entrevistadas son las siguientes:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 10. Impresión de las personas acerca del SF-36 venezolano de la organización *Quality Metric Incorporated*

Items	Casos (n=30)	% casos
Qué opina de las preguntas de como están escritas ¿las entiende?		
Si, todas	-	-
Sí entiendo algunas	26	86,9
No, no entiendo nada	04	13,37
¿De qué cree usted que se le está preguntando en este cuestionario?		
De la salud	05	16,7
De las cosas que uno hace	10	33,3
No lo se	15	50
50¿Cree usted que deberían hacerse otras preguntas además de estas?		
Si	22	73,3
No	-	-
No lo se	8	26,7

Tabla 10. Impresión de las personas acerca del SF-36 venezolano de la organización *Quality Metric Incorporated* (continuación)

Ítems	Casos (n=30)	% casos
***De ser positiva la respuesta anterior ¿qué preguntas deberían incluirse?**		
Más de la salud de uno		
De la comunidad, de la escuela, de los grupos organizados		
De la casa (del agua, las letrinas)		
¿Cómo le ha parecido el cuestionario?		
Fácil		
Difícil	23	76,7
Un poco difícil	7	23,3

* A esta pregunta la gran mayoría optaba por informar que se debería preguntar sobre las tres cuestiones (salud, vivienda, y comunidad).

Este hallazgo confirmó que tal vez el cuestionario SF-36 no siguió el proceso de adaptación transcultural en Venezuela similar al realizado en otros países participantes del proyecto IQOLA, o tal vez porque no es apto para la población rural con un bajo nivel educativo, razón por la cual continuamos adelante con los objetivos planteados.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.2.4. Validación lingüística del SF-36 español en Venezuela

3.2.4.1. Procedimiento

Se llevo a cabo una valoración por profesionales expertos en el área (lingüistas y médicos de Salud Pública) y se realizó un estudio piloto en una comunidad. El trabajo correspondiente a esta fase se realizó en Alicante y en Venezuela durante los meses de febrero y abril del 2005. El análisis lingüístico del instrumento SF-36 lo valoraron en principio 3 lingüistas: una analista del discurso, Magíster en Filología (VL), de origen norteamericano y residente en Venezuela con amplia experiencia en su área y gran conocimiento en las culturas españolas y venezolanas, una Magíster en Lingüística (GJ) de origen venezolano y con experiencia en su área y ambas culturas y un Doctor en Lingüística (MC) de

origen venezolano con amplio conocimiento en su área y en varias culturas dentro de las que se incluye España y Venezuela.

Los tres expertos mencionados anteriormente no tenían experiencia en el área de la salud por lo que posterior a su evaluación el SF-36 fue valorado por dos médicos Magíster en Salud Pública (TM y SA), ambos con una experiencia dilatada en el área de la salud pública a nivel de comunidades rurales y en poblaciones indígenas. A todos los evaluadores se les explicó el objetivo final que se pretendía con el trabajo de investigación, en qué consistía el cuestionario de calidad de vida en el que se estaba trabajando y qué aportación se esperaba de ellos. Por tanto, se les solicitó que hicieran individualmente un análisis del instrumento SF-36 español para determinar su aplicabilidad en Venezuela.

Los primeros dispusieron de un mes para su revisión y estimar los cambios necesarios que deberíamos de hacer. Por su parte, los médicos dispusieron también de un mes, posterior a la primera evaluación, para determinar las modificaciones necesarias del cuestionario. Se realizaron reuniones por separado con cada uno de los expertos después de realizadas las evaluaciones. Analizados los cambios se les envió nuevamente el instrumento modificado para su discusión y acuerdo. En el mes de abril del 2005 el instrumento modificado y el original español fueron valorados por una Dra. en Filología Hispánica, especialista en cultura y literatura latinoamericana de origen español de la Universidad de Alicante (RM) y con una amplia experiencia en el área, quien determinó la equivalencia del SF-36 modificado en Venezuela. Una vez realizados los cambios se procedió a realizar la prueba piloto aplicando ambos instrumentos.

En la primera etapa del proceso de validación cada lingüista trabajó individualmente, siguiendo las instrucciones dadas por los directores del proyecto, en la que se incluyó el objetivo del proyecto y una breve descripción del cuestionario SF-36. Las revisiones que deberían de realizar eran léxico-semánticas, para darle sentido a los ítems en el castellano venezolano. Por otra parte, cada médico trabajó por separado realizando cambios de acuerdo a su experiencia comunitaria, e intentando dar sentido a las preguntas y adaptándolas

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

al medio, sin variar el significado o la intención de los ítems de la versión en español, (ver tabla 11). Este proceso de validación lingüística dio lugar a una nueva versión para Venezuela que fue evaluada cualitativamente por los directores del proyecto, quienes valoraron la claridad y naturalidad de expresión.

Tabla 11. Esquema de validación lingüística de los expertos

LINGÜISTA A (LA)	LINGÜISTA B (LB)	MEDICO A (MA)	MEDICO B (MB)
SALUD GENERAL	**SALUD GENERAL**	**SALUD GENERAL**	**SALUD GENERAL**
1.-En general usted diría que su salud es: -Excelente -Muy buena -Buena -Regular -Mala	1.-En general usted diría que su salud es: -Excelente -Muy buena -Buena -Regular -Mala	1.-En general usted diría que su salud es: -Excelente -Muy buena -Buena -Regular -Mala	1.-En general usted diría que su salud es: -Excelente -Muy buena -Buena -Regular -Mala
Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:	Por favor, diga si le parece verdadera o falsa cada una de las siguientes frases:	Por favor, diga si le parece verdadera o falsa cada una de las siguientes frases:	Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:
33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas: - Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa	33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas: - Verdadero - Falso -No lo sé	33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas: - Verdadero - Falso -No lo sé	33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas: - Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa
34.- Estoy tan sano como cualquiera - Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa	34.- Estoy tan sano como cualquiera - Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa	34.- Estoy tan sano como cualquiera - Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa	34.- Estoy tan sano como cualquiera - Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa
35.-Creo que mi salud va a empeorar -Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa	35.-Creo que mi salud va a empeorar -Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa	35.-Creo que mi salud va a empeorar -Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa	35.-Creo que mi salud va a empeorar -Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa
36.-Mi salud es excelente - Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa	36.-Mi salud es excelente - Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa	36.-Mi salud es excelente - Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa	36.-Mi salud es excelente - Totalmente cierta - Bastante cierta -No lo sé -Bastante falsa -Totalmente falsa

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

FUNCIÓN FÍSICA	FUNCIÓN FÍSICA	FUNCIÓN FÍSICA	FUNCIÓN FÍSICA
Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.	Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.	Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.	Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.
3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesado, o participar en deportes agotadores? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesado, o participar en deportes agotadores? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	3.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, trabajar en actividades fuertes o agotadoras como en la siembra? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	3.- Su salud actual, ¿le dificulta para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, trabajar en actividades fuertes o agotadoras como en la siembra? - Sí, me dificulta mucho -Sí, me dificulta un poco -No, no me dificulta nada
4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, o caminar más de una hora? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, o caminar más de una hora? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, trabajar en el huerto de la casa o en los oficios de la casa o caminar más de una hora? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	4.- Su salud actual, ¿le dificulta para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, trabajar en el huerto de la casa o en los oficios de la casa o caminar más de una hora? - Sí, me dificulta mucho -Sí, me dificulta un poco -No, no me dificulta nada
5.- Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	5.- Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	5.- Su salud actual, ¿le limita para cargar o llevar las bolsas de la compra? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	5.- Su salud actual, ¿le dificulta para cargar o llevar las bolsas de la compra? - Sí, me dificulta mucho -Sí, me dificulta un poco -No, no me dificulta nada
6.- Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	6.- Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	6.- Su salud actual, ¿le limita para subir por los cerros? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	6.- Su salud actual, ¿le dificulta para subir por los cerros? - Sí, me dificulta mucho -Sí, me dificulta un poco -No, no me dificulta nada
7.-Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	7.-Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	7.-Su salud actual, ¿le limita para subir por la carretera? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	7.-Su salud actual, ¿le dificulta para subir por la carretera? - Sí, me dificulta mucho -Sí, me dificulta un poco -No, no me dificulta nada
8.- Su salud actual ¿le limita para agacharse o arrodillarse? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	8.- Su salud actual ¿le limita para agacharse o arrodillarse? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	8.- Su salud actual ¿le limita para arrodillarse o ponerse en cuclillas? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	8.- Su salud actual ¿le dificulta para arrodillarse o ponerse en cuclillas? - Sí, me dificulta mucho -Sí, me dificulta un poco -No, no me dificulta nada
9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco	9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar más o menos media legua? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco	9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar más o menos 3 horas o media legua? - Sí, me limita mucho	9.- Su salud actual, ¿le dificulta para caminar más o menos 3 horas o media legua? - Sí, me dificulta mucho

- No, no me limita nada	- No, no me limita nada	-Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	-Sí, me dificulta un poco -No, no me dificulta nada
10.-Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	10.-Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	10.-Su salud actual, ¿le limita para caminar una hora o varios metros? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	10.-Su salud actual, ¿le dificulta para caminar una hora o varios metros? - Sí, me dificulta mucho -Sí, me dificulta un poco -No, no me dificulta nada
11.-Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	11.-Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	11.-Su salud actual, ¿le limita para caminar unos 100 metros o una cuadra? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	11.-Su salud actual, ¿le dificulta para caminar unos 100 metros o una cuadra? - Sí, me dificulta mucho -Sí, me dificulta un poco -No, no me dificulta nada
12.- Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	12.- Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	12.- Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo? - Sí, me limita mucho -Sí, me limita un poco - No, no me limita nada	12.- Su salud actual, ¿le dificulta para bañarse o vestirse por sí mismo? - Sí, me dificulta mucho -Sí, me dificulta un poco -No, no me dificulta nada
ROL FISICO	**ROL FISICO**	**ROL FISICO**	**ROL FISICO**
Las siguientes preguntas se refieren a problemas En su Trabajo o en sus actividades cotidianas	Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias	Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias	Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias
13.-Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física? - Si -No	13.-Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que disminuir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias a causa de su salud? - Si -No	13.-Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que disminuir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias a causa de su salud? - Si -No	13.-Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que disminuir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias a causa de su salud? - Si -No
14.- Durante las cuatro últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? -Si -NO	14.- Durante las cuatro últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud? -Si -NO	14.- Durante las cuatro últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud? -Si -NO	14.- Durante las cuatro últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud? -Si -NO
15.- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? -Si -No	15.- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades diarias, a causa de su salud? -Si -No	15.- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades diarias, a causa de su salud? -Si -No	15.- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades diarias, a causa de su salud? -Si -No
16- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su	16- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su	16- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su	16- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? -Si -No	trabajo o sus actividades diarias (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud? -Si -No	trabajo o sus actividades diarias (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud? -Si -No	trabajo o sus actividades diarias (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud? -Si -No
ROL EMOCIONAL 17.- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso? -Si -No 18.- Durante las cuatro últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso? -Si -No 19.- Durante las cuatro últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso? -Si -No	**ROL EMOCIONAL** 17.- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que disminuir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso? -Si -No 18.- Durante las cuatro últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso? -Si -No 19.- Durante las cuatro últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades diarias como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso? -Si -No	**ROL EMOCIONAL** 17.- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que disminuir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias a causa de algún problema personal (como estar triste, angustiado o nervioso? -Si -No 18.- Durante las cuatro últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema personal (como estar triste, angustiado o nervioso? -Si -No 19.- Durante las cuatro últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas como de costumbre, a causa de algún problema personal (como estar triste, angustiado o nervioso? -Si -No	**ROL EMOCIONAL** 17.- Durante las cuatro últimas semanas ¿tuvo que disminuir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades diarias a causa de algún problema personal (como estar triste, angustiado o nervioso? -Si -No 18.- Durante las cuatro últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema personal (como estar triste, angustiado o nervioso? -Si -No 19.- Durante las cuatro últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema personal (como estar triste, angustiado o nervioso? -Si -No
FUNCIÓN SOCIAL 20.- Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? - Nada -un poco -Regular -Bastante -Mucho 32.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con	**FUNCIÓN SOCIAL** 20.-Durante las 4 últimas semanas, ¿en qué medida su salud o los problemas emocionales le han dificultado hacer sus actividades sociales normales (como reunirse con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas)? - Nada -un poco -Regular -Bastante -Mucho 32.-Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué	**FUNCIÓN SOCIAL** 20.-Durante las 4 últimas semanas, ¿en qué medida su salud o los problemas personales le han dificultado hacer sus actividades sociales normales (como reunirse con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas)? - Nada -un poco -Regular -Bastante -Mucho 32.-Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué	**FUNCIÓN SOCIAL** 20.-Durante las 4 últimas semanas, ¿su salud o los problemas personales le han dificultado hacer sus actividades sociales habituales (como reunirse con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas)? - Nada -un poco -Regular -Bastante -Mucho 32.-Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos, o familiares) -Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Solo alguna vez -Nunca	frecuencia la salud o los problemas emocionales le han dificultado hacer sus actividades sociales (como visitar a los amigos, o familiares)? -Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Solo alguna vez -Nunca	frecuencia la salud o los problemas personales le han dificultado hacer sus actividades sociales (como visitar a los amigos, a la familia, o reunirse con los vecinos)? -Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Casi nunca -Nunca	frecuencia la salud o los problemas personales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos, a la familia, o reunirse con los vecinos)? -Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Solo alguna vez -Nunca
DOLOR CORPORAL 21- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? - No, ninguno -Sí, muy poco -Sí, un poco - Sí moderado -Sí, mucho - Sí muchísimo 22.- ¿Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? -Nada -Un poco -Regular -Bastante -Mucho	**DOLOR CORPORAL** 21- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? - No, ninguno -Sí, muy poco -Sí, un poco -Sí, más o menos -Sí, mucho - Sí muchísimo 22.- ¿Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado hacer su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? -Nada -Un poco -Regular -Bastante -Mucho	**DOLOR CORPORAL** 21- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? - No, ninguno -Sí, muy poco -Sí, un poco -Sí, moderado -Sí, mucho - Sí muchísimo 22.- ¿Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual de casa? -Nada -Un poco -Regular -Bastante -Mucho 22b.- Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual fuera de casa? -Nada -Un poco -Regular -Bastante -Mucho	**DOLOR CORPORAL** 21- ¿Tuvo dolor usted en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? - No, ninguno -Sí, muy poco -Sí, moderado -Sí, mucho - Sí muchísimo 22.- ¿Durante las 4 últimas semanas ¿el dolor que ha tenido le ha dificultado su trabajo diario de casa? -Nada -Un poco -Regular -Bastante -Mucho 22b.- Durante las 4 últimas semanas ¿el dolor que ha tenido le ha dificultado su trabajo diario fuera de casa? -Nada -Un poco -Regular -Bastante -Mucho
Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. **VITALIDAD** 23.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto	Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. **VITALIDAD** 23.- Durante las 4 últimas semanas	Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. **VITALIDAD** 23.- Durante las 4 últimas semanas	Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido usted y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. **VITALIDAD** 23.- Durante las 4 últimas semanas

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

tiempo se sintió lleno de vitalidad? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	¿cuánto tiempo se ha sentido con ánimo y fuerza? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	¿cuánto tiempo se sintió con ánimo y fuerza? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca
27.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	27.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha fuerza? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	27.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se ha sentido con mucha fuerza? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	27.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha fuerza? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca
29.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	29.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	29.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se ha sentido agotado? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	29.-Eliminarlo por ser un sinónimo del ítem 31
31.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió cansado? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	31.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió cansado? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	31.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se ha sentido cansado? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca	31.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió cansado? -Siempre -Casi siempre -Muchas veces -Algunas veces -Sólo alguna vez -Nunca
EVOLUCIÓN DECLARADA DE LA SALUD ¿Cómo diría usted que es su salud actual comparada con la de hace un año? -Bastante mejor ahora que hace un año -Algo mejor ahora que hace un año -Mas o menos igual que hace un año -Un poco peor ahora que hace un año -Bastante peor ahora que hace un año	**EVOLUCIÓN DECLARADA DE LA SALUD** ¿Cómo diría usted que es su salud actual comparada con la de hace un año? -Mucho mejor ahora que hace un año -Algo mejor ahora que hace un año -Mas o menos igual que hace un año -Algo peor ahora que hace un año -Mucho peor ahora que hace un año	**EVOLUCIÓN DECLARADA DE LA SALUD** ¿Cómo diría usted que es su salud actual comparada con la de hace un año? -Mucho mejor ahora que hace un año -Algo mejor ahora que hace un año -Mas o menos igual que hace un año -Algo peor ahora que hace un año -Mucho peor ahora que hace un año	**EVOLUCIÓN DECLARADA DE LA SALUD** ¿Cómo diría usted que es su salud actual comparada con la de hace un año? -Mucho mejor ahora que hace un año -Algo mejor ahora que hace un año -Mas o menos igual que hace un año -Algo peor ahora que hace un año -Mucho peor ahora que hace un año

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

De acuerdo a los cambios sugeridos por los evaluadores se realizaron reuniones de consenso con los directores de la tesis tomándose algunas decisiones como fueron:

1) Realizar una única versión de acuerdo a algunos de los cambios sugeridos por los evaluadores.

2) Aceptar la eliminación temporal del termino *salud física* y colocar solo la palabra *salud* (referido por la mayoría de los evaluadores) en todo el instrumento.

3) Aceptar eliminar temporalmente de los ítems 33, 34, 35 y 36 que son componentes de la dimensión salud general las opciones de respuestas (*totalmente cierta, bastante cierta, bastante falsa y totalmente falsa) sugeridos* por LB y MA, y colocar sólo las palabras *cierto* y *falso* como lo plantean los expertos. Estos manifestaron, además, que el nivel educativo que tienen las personas del medio rural disperso es muy bajo, por tanto tendrían dificultad para la discriminación entre las opciones de respuestas encontradas en el cuestionario original español.

4) Aceptar los cambios sintácticos en los ítems de la dimensión función física en relación a las actividades propias del lugar en el ítem 3, 4, 6 y 7 y a la palabra *límite* por *dificultad*. Sustituir el término *coger* en el ítem 5 por *cargar.* En el ítem 8, aceptar cambiar el termino *agacharse* por *ponerse en cuclillas;* y en los ítems 9, 10, 11, sustituir el sistema métrico por su equivalente utilizado en la zona.

5) En el encabezado y en los ítems de la dimensión rol físico, así como en la de rol emocional aceptar el cambio del término *cotidiano* por el término *diario,* y sustituir *reducir* por *disminuir* en la pregunta 13.

6) Sustituir en los enunciados de los ítems 17,18, 19 (correspondientes a la dimensión rol emocional) *problema emocional* por *problema personal,* eliminar *tan cuidadosamente* del ítem 19; así como también *cambiar deprimido* por *angustiado*, por ser más claro para la comunidad.

7) En la dimensión función social, eliminar *hasta qué punto* y sustituirlo por *en qué medida* como sugiere LB y MA, sustituir *habituales* por *normales* y especificar a qué tipo de actividades se refiere como lo sugieren tres de los evaluadores. En la pregunta 32 agregar el verbo *hacer* en el enunciado, y en la opción de respuesta s*ólo alguna vez* cambiarlo por *casi nunca* como lo indica MA por ser de mayor uso por la población.

8) En los ítems de dolor corporal se acepta realizar una tercera pregunta en función de separar la actividad dentro de la casa y fuera de la casa, como lo proponen MA y MB, porque nos orienta a un mejor o peor estado de salud en relación al dolor corporal en estas zonas rurales por su misma condición de trabajo. Agregar el pronombre de segunda persona (usted) en el enunciado de la pregunta 21 sugerido por MB, y en la opción de respuesta *moderado* cambiarla por *mas o menos* que de acuerdo a LB para la población rural denota mayor claridad; así como también, eliminar la opción de respuesta *un poco* (propuesta por MA y MB) ya que de acuerdo a ellos para la comunidad significa lo mismo. No se acepta la propuesta de MB de eliminar el término *hasta qué punto* del ítem 22 porque el enunciado pierde sentido; sin embargo, si se acepta cambiar *trabajo habitual* por *trabajo diario,* y agregar el verbo *hacer* en este ítem para darle sentido a la pregunta.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

9) En el encabezado de los ítems de la dimensión de vitalidad y salud mental, aceptar los cambios sugeridos por LB porque denota mayor claridad y naturalidad, por lo que la oración inicia con *las siguientes preguntas* y no *las preguntas que siguen;* por otra parte, agregar *usted* y *por favor* como tratamiento de respeto y cortesía.

10) En los ítems de la dimensión de vitalidad no se aceptan los cambios de MA de *se sintió* por *se ha sentido* porque se piensa que no es un elemento que influya al realizar el cuestionario. Se acepta sustituir *vitalidad* por *ánimo y fuerza* y *energía* por *mucha fuerza* por ser palabras más usuales del área. No se acepta la eliminación del ítem 29 como lo sugiere MB porque no se está de acuerdo que signifique lo mismo la pregunta 29 y 31.

11) En los ítems de la dimensión salud mental no se aceptan los cambios de MA de los verbos del pasado inmediato por el presente inmediato por lo que los enunciados continúan formulados como el cuestionario original en español. En el ítems 25, se sustituye *tan bajo de moral* por *tan decaído de ánimo* y *animarle* por *alentarle* y no se acepta el cambio hecho por MB ya que cambia drásticamente el sentido de la oración incluyendo ya no solo cuestiones referentes a la salud mental sino que incluye elementos correspondientes a la dimensión rol emocional.

12) En el ítem de la evolución declarada de la salud no se acepta el cambio hecho por LA por considerarse que como está expuesto en el cuestionario original en español es comprensible por la comunidad.

En resumen el primer borrador del SF-36 validado en Venezuela queda como sigue de acuerdo a las dimensiones que lo componen:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades diarias. Conteste cada pregunta tal como se le indica. Si usted no está seguro de cómo responder una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1. SALUD GENERAL:

	Excelente	**Muy buena**	**Buena**	**Regular**	**Mala**
1. En general usted diría que su salud es					

11. Por favor, diga si le parece CIERTA O FALSA cada una de las siguientes frases

	Cierto	**Falso**	**No lo sé**
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas			
b. Estoy tan sano como cualquiera			
c. Creo que mi salud va a empeorar			
d. Mi salud es excelente			

2. FUNCIÓN FÍSICA:

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le dificulta para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

ACTIVIDADES	Sí, me dificulta mucho	Sí, me dificulta un poco	No, no me dificulta nada
a. **Esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, trabajar en actividades fuertes o agotadoras como en la siembra b. **Esfuerzos moderados,** como mover una mesa, trabajar en el huerto de la casa o en los oficios de la casa o caminar más de una hora c. **Cargar o llevar las bolsas de la compra** d.-Subir **por los cerros** e. Subir **por la carretera** f. **Arrodillarse o ponerse en cuclillas** g. Caminar más o menos **3 horas o media legua** h. Caminar **una hora o varios metros** i. Caminar **unos 100 metros o una cuadra** j. **Bañarse o vestirse por sí mismo**			

3. ROL FISICO:

4.-Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades diarias, a causa de su salud?

	SI	NO
a. ¿Tuvo que **disminuir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades diarias? b. ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer? c. ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades diarias? d. ¿Tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades diarias (por ejemplo, le costó más de lo normal)?		

4. ROL EMOCIONAL:

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades diarias, a causa de algún problema personal (como estar triste, angustiado o nervioso)?

	SI	NO
a. ¿Tuvo que **disminuir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades diarias **por algún problema personal** (como estar triste, angustiado o nervioso)? b. ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, **por algún problema personal** (como estar triste, angustiado o nervioso)? c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades diarias **como de costumbre las hace**, por algún problema personal (como estar triste, angustiado o nervioso?		

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5. FUNCIÓN SOCIAL:

	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
a. Durante las 4 últimas semanas, ¿en qué medida su salud o los problemas personales le han dificultado hacer sus actividades sociales normales (como reunirse con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas)?					

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
b. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud o los problemas personales le han dificultado hacer sus actividades sociales (como visitar a los amigos, o familiares)?					

6. DOLOR CORPORAL:

7.

	No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, más o menos	Sí, mucho	Sí muchísimo
a. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?					

8.

	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
b. ¿Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado hacer su trabajo diario en la casa c. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado hacer su trabajo diario fuera de la casa?					

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo…

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
7. Dimensión: Vitalidad a. se sintió con ánimo y fuerza? e. tuvo mucha fuerza? g. se sintió agotado? i. se sintió cansado? **8. Dimensión: Salud mental** b. estuvo muy nervioso?						

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

c. se sintió tan decaído de animo que nada podía alentarlo?	
d. se sintió calmado y tranquilo?	
f. se sintió desanimado y triste?	
h. se sintió feliz?	

EVOLUCIÓN DECLARADA DE LA SALUD:
2.

	Mucho mejor ahora que hace un año	**Algo mejor ahora que hace un año**	**Mas o menos igual que hace un año**	**Algo peor ahora que hace un año**	**Mucho peor ahora que hace un año**
¿Cómo diría usted que es su salud actual comparada con la de hace un año?					

Cuando estuvo confeccionado el primer borrador, ya revisado lingüísticamente por los expertos, el investigador principal procedió a aplicar el SF-36 aplicado en Venezuela, junto con el SF-36 español (anexo 1) y un listado de preguntas relacionadas con la viabilidad del instrumento a una muestra pequeña de una comunidad (30 personas), teniendo presente el mantenimiento de la homogeneidad de las diferentes muestras poblacionales en cuanto a características sociodemográficas.

Posterior a la aplicación de la prueba piloto y a la revisión por parte de un grupo de investigadores de la Universidad de Alicante, se elaboró el instrumento que de momento sería definitivo en espera de una evaluación hecha por una Dra. en Filología hispánica. Se solicitó a ésta Dra. en Filología hispánica (AR), (especialista en cultura y literatura latinoamericana de la Universidad de Alicante), que por favor, realizara la equivalencia semántica y sintáctica entre los enunciados, preguntas y respuestas del SF-36 adaptado al contexto venezolano y los de la versión original (SF-36 español). Las cuestiones que se plantearon para cada ítem son las que siguen:

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

a) Equivalencia sintáctica: ¿En general, se corresponde sintácticamente el SF-36 de Venezuela con el original, es decir, presenta palabras similares; es gramaticalmente correcto; los tiempos verbales son adecuados?

b) Equivalencia léxico-semántica: ¿Se corresponde semánticamente el SF-36 con el original, es decir, significan las palabras lo mismo?

c) Equivalencia conceptual: ¿Hay equivalencia entre los enunciados, preguntas y respuestas del cuestionario validado en Venezuela y el de España?

3.2.4.2. Participantes

Las personas participantes en este estudio pertenecen a la comunidad de Cerro Blanco del municipio Andrés Eloy Blanco. La extracción de la muestra se hizo al azar, teniendo presente de entrevistar una persona por familia y alternando los hogares a encuestar. Se realizó la encuesta en tres sectores de los seis que hay en la comunidad para tener una muestra homogénea de la población. El total de los participantes fueron 30, de los cuales 15 de ellos respondieron al SF- 36 venezolano y 15 al SF-36 español. Se excluyeron del estudio las personas menores de 15 años, las personas con algún proceso patológico psiquiátrico diagnosticado y las personas con algún proceso patológico grave; de igual forma, se excluyeron a aquellas personas que vivían solas y se encontraban confinadas en una cama (dependientes de otras personas de la comunidad o del centro de salud).

3.2.4.3. Consenso de investigadores

Una vez aplicados ambos cuestionarios y anotadas las objeciones, sugerencias y modificaciones consideradas oportunas por los encuestados, se procedió a una reunión de consenso con los directores de la tesis y un grupo de investigadores de la Universidad de Alicante, y tras analizar y discutir los resultados obtenidos,

se tomaron las siguientes decisiones de acuerdo a la realidad sociocultural que tienen estas poblaciones rurales dispersas de Venezuela:

a) Realizar algunas modificaciones sintácticas en algunas preguntas, sin alterar el significado de las mismas:

- Sustituir *cierto* por *verdadero* (encabezado e ítems de la dimensión salud general, porque algunas personas no saben si cierto es verdad o tiene otro significado que tampoco saben explicar).

- Modificar el tiempo del verbo en todas las preguntas de las dimensiones de vitalidad y de salud mental (*se sintió* por *se ha sentido…, estuvo* por *ha estado...).* Aunque se entiende que se refiere a las últimas cuatro semanas atrás, las personas preguntaban que si era cómo se habían sentido o cómo se sienten incluyendo los días de esa semana cuando se les estaba aplicando el instrumento. Respondían *"me he sentido"* y no "*me sentí…"he estado"* y no *"estuve"* que son las formas correctas de responder de acuerdo al tiempo del verbo con el que se pregunta.

b) Elaborar algunas renovaciones semánticas:

- Eliminar la formulación de *salud física* y colocar solo la palabra salud, por ser más comprensible para las personas.

- Eliminar la opción de respuesta *muchísimo* en el ítem 8.a porque para la comunidad *mucho* y *muchísimo* generó confusión; para ellos no hay diferencia, lo interpretan como igual.

- En las opciones de respuesta de los ítems de las dimensiones de vitalidad y salud mental eliminar la opción *muchas veces* porque de igual forma no ven la diferencia entre ésta y *casi siempre*, y al contrario de darles mas claridad les confunde al momento de responder. Así mismo, sustituir la opción *sólo alguna vez* por *casi nunca* por ser de mayor uso en la población y más clara para todos.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Sustituir la formulación del ítem 27…. *¿cuánto tiempo tuvo mucha fuerza?* por…. *¿cuánto tiempo se ha sentido con mucha fuerza?* Porque *el tener mucha fuerza* para los hombres de esta zona rural se relaciona con su capacidad sexual.

- Simplificar las opciones de respuesta de los ítems 33, 34, 35 y 36. Eliminar: *totalmente cierta, bastante cierta, bastante falsa y totalmente falsa* y colocar solamente *cierto, falso* y *no lo sé*, porque son opciones de respuesta que generaban confusión en los entrevistados con el SF-36 español. Así el 97% de los encuestados optó por responder la opción *no lo se*, en comparación con el grupo que respondió el SF-36 venezolano, quienes dieron respuestas variadas a estas cuestiones. Las personas informaban que les generaba confusión, no sabían qué responder y no entendían la diferencia entre una y otra, lo que deja ver que sólo dando las tres opciones de respuesta la mayoría lo entendía perfectamente.

Todo este proceso llevó a que se hicieran nuevos cambios en varios de los ítems, produciendo una versión que de momento sería la definitiva, en espera de una nueva evaluación lingüística. La Dra. en Filología, al valorar el instrumento adaptado en Venezuela y compararlo con el SF-36 español manifestó que los ítems del SF-36 venezolano concordaban con los del SF-36 español: sintácticamente todos los ítems se correspondían con el original y conceptualmente no existían cambios que denotaran un cambio en el sentido de las oraciones.

De esta manera, se estableció el proceso de validación lingüística del instrumento SF-36, evaluándose su comprensión, relevancia y aceptabilidad por parte de las personas. Posterior a esta última evaluación, se diseñó el cuestionario final, que forma parte del cuadernillo que se utilizó en el segundo estudio piloto para su validación psicométrica (anexo 3).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3. ESTUDIO 2

3.3.1. Objetivos generales:

I. Evaluar los criterios métricos de calidad de los siguientes instrumentos: SF-36, APGAR familiar, Graffar modificado y Método de NBI, empleados en una muestra representativa de personas pertenecientes a la comunidad de La Cruz del Municipio Andrés Eloy Blanco.

II. Valorar el comportamiento de los indicadores clásicos de morbilidad, los hábitos y estilos de vida y los de integración social.

3.3.1. Objetivos específicos:

1.1. Determinar la viabilidad del SF-36 y de cada uno de los instrumentos aplicados (APGAR familiar, Graffar modificado y el Método de NBI).

1.2. Determinar la variabilidad y distribución de las respuestas y el desempeño de las escalas de los diferentes instrumentos.

1.3. Determinar la fiabilidad de los instrumentos.

1.4. Determinar la validez de constructo de los instrumentos, a través de:

a) Análisis factorial exploratorio.

b) Validez convergente y divergente: correlacionando las escalas de los instrumentos.

1.5. Determinar el grado de relación entre las puntuaciones de los cuestionarios con variables de salud y sociodemográficas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2.1. Realizar un análisis descriptivo de los indicadores clásicos de morbilidad (procesos patológicos, consumo de medicamentos y uso de los servicios del centro de salud).

2.2. Realizar un análisis descriptivo de los indicadores de hábitos y estilos de vida (actividades físicas, actividades recreativas, hábitos alimentarios, hábitos de descanso, higiene personal, consumo de sustancias nocivas).

2.3. Realizar un análisis descriptivo de los indicadores de integración social.

3.3.2. Población y muestra:

La población a estudiar pertenece al caserío La Cruz que cuenta con 483 habitantes distribuidos en 110 familias. El conjunto de personas de la comunidad que participaron en el estudio estuvo conformada por 200 personas, representada por los ocho sectores de la comunidad (La Mayela, Yaino, Moreco, La Hacienda, El Plan, La Empresa, El Cementerio y El Corral de Mulas). Se decidió trabajar de esta forma, porque suponía una serie de ventajas:

1) Aumenta considerablemente la representatividad de los diferentes grupos de edad de la población.
2) Recoge las opiniones de un grupo representativo de toda la población.
3) Favorece la difusión de la información por parte de la comunidad para lograr una mayor participación.
4) Favorece el contacto nuevamente con la comunidad.
5) Favorece la ulterior difusión del nuevo cuestionario y su uso de él para el desarrollo de proyectos en el área de salud comunitaria.

Por tanto la población que participó en el estudio es una muestra representativa de la población. Los criterios de inclusión han sido personas mayores de 15 años de edad, conscientes y orientadas, sin importar si eran alfabetos o no, y se excluyeron del estudio las personas con algún grado de demencia diagnosticado, o con algún trastorno de la personalidad, personas con

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

patologías graves diagnosticadas y que no estaban en condiciones para responder el cuestionario, las personas con incapacidad de comunicación verbal y aquellas personas con rechazo manifiesto a participar en el estudio.

3.3.3. Instrumentos de medida

La batería quedó constituida como sigue: datos sociodemográficos, el cuestionario de Graffar modificado, la escala de Necesidades Básicas Insatisfechas, ítems relacionados con hábitos de salud y estilos de vida, ítems relacionados con estado de salud, la escala de APGAR familiar, ítems relacionados con la integración social y el cuestionario SF-36 validado en Venezuela. El cuadernillo consta de 15 páginas (anexo 3) y fue administrado durante un tiempo promedio de 35 minutos por los entrevistadores en cada una de las viviendas de las personas colaboradoras. El tiempo empleado para la aplicación del instrumento es un promedio determinado entre los tres entrevistadores, teniendo presente que se obviaron algunas preguntas como por ejemplo las referentes a condiciones de vivienda ya que se observaban al entrar en contacto con ellas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3.4. Procedimiento

Previo al inicio de la prueba piloto se escogieron a dos personas que colaboraron en la recolección de la información, se realizó una reunión conjunta de los entrevistadores (la investigadora principal, un profesor de Ciencias Sociales y una Trabajadora Social), para aunar criterios y clarificar dudas. Durante el desarrollo del trabajo se siguieron manteniendo reuniones de sesiones aclaratorias de forma individual. Los objetivos que se pretendían conseguir con estas reuniones recordatorias e individualizadas en función del cuestionario eran los siguientes:

1) Estandarización en la administración de la batería.

2) Como la batería era administrada por los entrevistadores, cada encabezado y pregunta debía administrarse tal como estaba en el instrumento, sin obviar ningún encabezado y sin realizar interpretaciones subjetivas por parte del entrevistador.

3) Si los encuestados solicitaban que se les repitiera alguna cuestión del cuestionario, debería hacerse tal cual como estaba y no modificar la información o repetir la pregunta bajo otra modalidad.

4) Las opiniones del encuestado se aceptaban con toda naturalidad sin intervenir en ellas, y sin realizar algún manifiesto de rechazo o aprobación.

5) Revisar el cuestionario antes de agradecer y despedirse de la persona para asegurarse o aclarar cualquier omisión por parte del encuestador.

Se diseñó un estudio observacional, de corte transversal, mediante la cumplimentación de la batería. Para la recolección de la muestra se visitaron los hogares de las personas donde se les informaba del objeto del estudio, el tipo de colaboración que se necesitaba de ellos y de la confidencialidad de la información. Si aceptaban a colaborar, se les administraba la batería procurando hacerlo en un lugar de la vivienda donde sólo se encontrara el entrevistador y la persona encuestada, para así evitar la intervención de otro miembro de la familia.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La batería fue aplicada en horas de la mañana y posterior a la jornada de trabajo. Se administraron dos baterías por familia, tomando en cuenta la población existente en cada estrato de ese municipio. Además, para determinar la viabilidad del cuestionario SF-36, a 30 de los entrevistados seleccionados de manera accidental al final de cada encuesta se les solicitó permiso para filmarles respondiendo a una serie de cuestiones relacionadas con el cuestionario de salud (SF-36).

3.3.5. Análisis de datos

Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 12.0 para Windows. Para la estadística descriptiva se empleo frecuencias y porcentajes, media, mediana, desviación estándar y recorrido escalar. Para determinar la fiabilidad de las escalas se empleó el alfa de Cronbach; para determinar la validez, se llevo a cabo la validez de constructo empleándose el análisis factorial exploratorio, correlaciones convergentes-divergentes entre escalas y relaciones de las diferentes escalas con otras variables de interés.

3.3.6. Resultados

3.3.6.1. Descripción sociodemográfica de la muestra de la comunidad de La Cruz

A continuación se presentan las frecuencias absolutas (Fr) y los porcentajes de los valores que adoptan las variables sociodemográficas (género, estado civil, nivel educativo, cantidad de hijos, religión que práctica y disponibilidad económica del entrevistado.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 12. Descripción de la muestra de la población de La Cruz (n= 200)

		Fr	%
GÉNERO			
	Varones	104	52
	Mujeres	96	48
EDAD:			
	Media:	33,33	
	Mediana:	31	
	D.T:	14,63	
	Recorrido:	15 – 79	
		Fr	**%**
	de 15-19 años	41	20,5
	de 20-39 años	97	48,5
	de 40-59 años	49	24,5
	>59 años	13	6,5

Tabla 12. Descripción de la muestra de la población de La Cruz (n= 200) (continuación)

		Fr	%
ESTADO CIVIL			
	Soltero/a	59	29,5
	Soltero/a con pareja	101	50,5
	Casado/a	27	13,5
	Divorciado/a	3	1,5
	Divorciado/a con pareja	3	1,5
	Viudo/a	6	3
	Viudo/a con pareja	1	0,5
NIVEL EDUCATIVO			
	Ninguno	33	16,5
	Primaria incompleta	93	46,5
	Primaria completa	42	21
	Secundaria incompleta	31	15,5
	Secundaria completa	1	0,5
HIJOS			
	0 hijos	50	25
	de 1-2 hijos	54	27
	de 3-4 hijos	40	20
	5 y más hijos	56	28
RELIGIÓN			
	Católica	155	77,5
	Evangélica	23	11,5
	Ninguna religión	22	11
OCUPACIÓN			
	Ama de casa/oficios del hogar	83	41,5
	Obrero no especializado y sin primaria completa	104	52
	Obrero especializado y con primaria completa	5	2,5
	Estudiante	8	4
DISPONIBILIDAD ECONÓMICA			
	> a 100.000 Bs.	53	31
	101.000 -150.000 Bs.	29	14,5
	1510000 - 200.000 Bs.	46	23
	201.000 - 350.000 Bs.	58	29
	351.000 - 500.000 Bs.	04	2,5

Por género, el porcentaje de varones es algo mayor que el de las mujeres (52 y 48%) respectivamente. La media es de 33,33 años con una desviación típica de 14,63. La mayoría de las personas conviven en pareja por unión libre o por matrimonio (67%). Con respecto a la extensión familiar el 27% tiene de uno a dos hijos; sin embargo, un promedio igual de la población tiene un núcleo familiar extenso compuesto por cinco y más hijos y sólo un 25% de la población aún no tiene descendencia.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El nivel educativo es muy bajo, el 84% o no tienen estudios o sólo algunos de ellos han acabado la primaria y solo uno ha acabado la secundaria. En cuanto a su ocupación la mayoría son amas de casa sin tener un nivel de instrucción elevado que por la cultura son las mujeres las que se dedican a esta actividad y en el caso de los varones son obreros no cualificados, esto hace que el nivel de ingreso económico del 97,5% de la población esté por debajo del salario mínimo rural venezolano. En cuanto a la religión el 89% profesa algún tipo de religión de los cuales el 77,5% profesa la religión católica y el 1,5% la religión evangélica, el restante manifestó no pertenecer a ningún tipo de religión.

3.3.6.2. Propiedades métricas del SF-36 venezolano

3.3.6.2.1. Viabilidad del cuestionario SF-36

Todas las personas de los diferentes grupos de edades respondieron al SF-36 sin presentar problemas en su cumplimentación. Ni el nivel educativo, ni la administración del cuestionario por un encuestador influyeron al responder la escala. El tiempo de aplicación del SF-36 en promedio fue de 10 minutos, el tiempo de aplicación de la batería fue de 35 minutos. La trabajadora social empleó un tiempo de 40 minutos en la administración del cuadernillo, el profesor de Ciencias Sociales de 30 minutos y la Licenciada en Enfermería (investigadora principal) 35 minutos. Durante la entrevista se presentaban cuestiones obvias de las cuales no se preguntaban porque eran observables al entrar en contacto con la vivienda de los entrevistados. De las entrevistas hechas a las personas sobre la escala se generaron los siguientes hallazgos cualitativos:

- Las personas del medio rural se muestran interesadas por las preguntas.

- Parecen comprender el significado de las preguntas y responden sin dificultad.

- El uso del SF-36 en comunidad revela estados de salud que no han sido reconocidos por el equipo de salud del ambulatorio.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- La utilización del instrumento abre nuevas vías de comunicación con la comunidad, y un mayor acercamiento entre la población y el equipo de salud, dando una visión más amplia de la realidad del estado de salud de las personas de la comunidad y por tanto un mayor campo de intervención.

Tabla 13. Impresión general de las personas acerca del SF-36 adaptado en Venezuela

Valores	**Casos (30)**	**% valido**
¿Qué le ha parecido esta encuesta?		
Buena	28	93,3
Regular	2	6,6
Mala	0	0
Neutral	0	0
¿Se ha sentido incómodo por las preguntas realizadas?		
Sí	0	0
No	30	0
¿Le ha parecido difícil de contestar alguna pregunta?		
Sí, mucho	0	0
Sí, algunas	3	10
No ,ninguna	27	90
¿Cree usted que es importante hacer este tipo de preguntas en esta comunidad en la que usted vive?		
Sí	30	100
No	0	0
¿Cree usted que es importante que el equipo de salud que trabaja en esta comunidad conozca la información aportada por ustedes en este cuestionario?		
Sí	30	100
No	0	0

Como resultado se evidencia que la aceptación del instrumento por parte de la comunidad fue buena, durante las entrevistas no se detectaron problemas por defectos de comprensión, polisemias etc.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3.6.2.2. Descripción de las respuestas del SF-36

A continuación se presentan las frecuencias absolutas y los porcentajes de los valores que adoptan los diferentes ítems del instrumento, teniendo presente, que esta constituido por ocho dimensiones y que sus preguntas en muchos casos presentan un recorrido diferente en las opciones de respuesta.

Tabla 14. Descripción a las respuestas de los ítems del SF-36

	Frecuencia de respuestas							
Ítems de función física	1	%	2	%	3	%	M	DT
1	40	20	62	31	98	49	2,29	0,78
2	11	5,5	27	13,5	162	81	2,76	0,54
3	13	6,5	19	9,5	168	84	2,78	0,55
4	27	13,5	29	14,5	144	72	2,59	0,71
5	01	0,5	22	11,0	177	88,5	2,88	0,34
6	20	10	47	23,5	133	66,5	2,57	0,66
7	41	20,5	66	33	93	46,5	2,26	0,77
8	4	2	18	9	178	89	2,87	0,39
9	-	-	05	2,5	195	97,5	2,98	0,15
10	1	0,5	7	3,5	192	96	2,96	0,23

Ítems de rol físico	1	%	2	%	M	DT
1	45	22,5	155	77,5	1,78	0,41
2	45	22,5	155	77,5	1,78	0,41
3	44	22	156	78	1,78	0,41
4	49	24,5	151	75,5	1,76	0,46

Ítems de dolor corporal	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	M	DT
1	18	9	34	17	29	14,5	119	59,5			3,25	1,03
2	01	0,5	11	5,5	17	8,5	16	8	155	77,5	4,57	0,90
3	14	7	13	6,5	18	9	34	17	121	60,5	4,18	1,25

Ítems de salud general	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	M	DT
1	3	1,5	108	54	57	28,5	24	12	8	4	2,63	0,86
2	4	2	104	52	92	46					2,44	0,53
3	24	12	105	52,5	71	35,5					2,24	0,65
4	3	1,5	140	70	57	28,5					2,27	0,47
5	188	94	-	-	12	6					1,12	0,47

M= media
DT= Desviación típica

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 14. Descripción a las respuestas de los ítems del SF-36 (continuación)

	Frecuencia de respuestas											
Ítems de vitalidad	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	M	DT
1	-	-	4	2	25	12,5	45	22,5	126	63	4,47	0,78
2	-	-	13	6,5	28	14	46	23	113	56,5	4,30	0,93
3	29	14,5	19	9,5	84	42	29	14,5	39	19,5	3,15	1,25
4	23	11,5	17	8,5	100	50,0	19	9,5	41	20,5	3,19	1,19
Ítems de función social	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	M	DT
1	-	-	22	11	22	11	54	27	102	51,0	4,18	1,01
2	-	-	12	6	50	25	51	25,5	87	43,5	4,07	0,96
Ítems de rol emocional	1	%	2	%	M	DT						
1	42	21	158	79	1,79	0,40						
2	51	25,5	149	74,5	1,75	0,43						
3	39	19,5	161	80,5	1,81	0,39						
Ítems de salud mental	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	M	DT
1	4	2	17	8,5	43	21,5	34	17	102	51	4,07	1,11
2	18	9	10	5	58	29	36	18	78	39	3,73	1,27
3	-	-	4	2	25	12,5	55	27,5	116	58	4,42	0,78
4	8	4	10	5	79	39,5	28	14	75	37,5	3,76	1,13
5	-	-	5	2,5	29	14,5	61	30,5	105	52,5	4,33	0,81
Ítem de evolución declarada de la salud	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	M	DT
1	7	3,5	56	28	117	58,5	17	8,5	3	1,5	2,77	0,71

M= media
DT= Desviación típica

En la tabla 14 quedan reflejadas las distribuciones de frecuencias de los ítems de las ocho escalas que componen el SF-36. Las puntuaciones deben interpretarse en el sentido que a mayor puntuación mejor estado de salud. En este sentido, en casi todos los ítems de las escalas de función física, rol físico dolor corporal y rol emocional los respondientes muestran respuestas positivas en cuanto a su salud con respecto a estas dimensiones. En el primer ítem de salud general casi toda la población muestra valores bajos en relación a su salud medida a través de este ítem, en el resto de la escala se puede observar que una buena parte de las personas optaron por responder "no lo se" (recorrido 3) y con

respecto al ítem nº 5 un importante 94% responde a la opción 1, se refiere a que consideran que su salud no es excelente. En el resto de las escalas (vitalidad, función social, y salud mental) los valores se distribuyen entre los valores bajos y altos y en algunos de los ítems las puntuaciones más altas se ven saturadas.

3.3.6.2.3. Variabilidad y distribución de las respuestas

A continuación se presenta el análisis descriptivo del SF-36 (media, mediana y desviación estándar) y el porcentaje de personas con puntuación máxima y mínima (efecto techo –*ceiling-* y efecto suelo –*floor-)* general y por género, (ver tabla15).

…... Las puntuaciones medias de las dimensiones variaron del 84,3 en la función física al 41,0 en la salud general. En todos los casos se observaron puntuaciones máximas de 100 y mínimas de cero, por lo que el rango observado se sitúo en 100. Las puntuaciones más altas fueron para función física (84,3) y dolor corporal (79,9), la que puntuó con valor más bajo fue la escala de salud general. Sin embargo, se observa que para tres de las dimensiones (rol físico, dolor corporal, y rol emocional), el porcentaje de personas con la puntuación máxima (*ceiling)* fue superior al 50%, con la excepción de las dimensiones rol físico y rol emocional, la proporción de individuos con puntuación mínima fue menor del 5%, (tabla 15).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

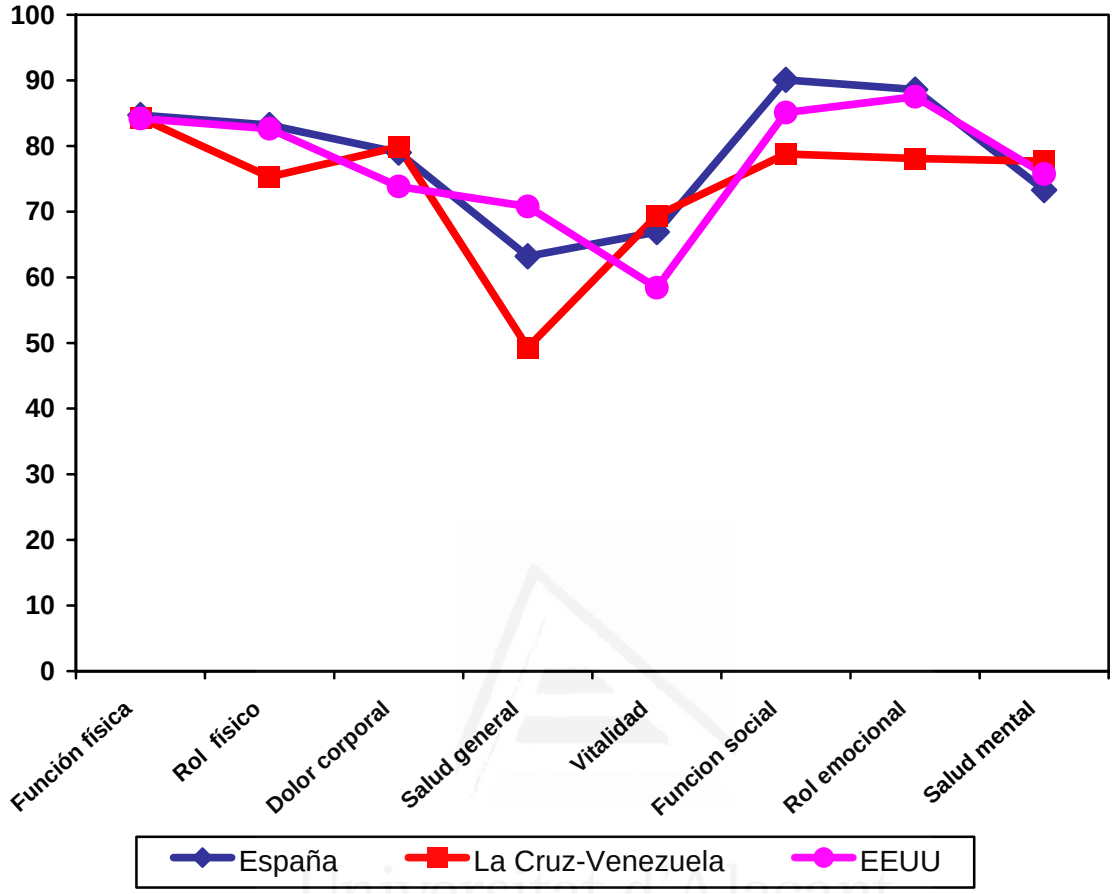
Tabla 15. Variabilidad y distribución de las respuestas del SF-36 (n= 200)

N= 200	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Total								
Media (DE)	84,3 (20,0)	75,3(40,6)	79,9 (28,3)	48,0 (17,6)	69,4(19,9)	78,8(22,6)	78,1(38,3)	77,7(18,9)
Mediana	95	100	100	41,6	68,7	75	100	80
Rango Observado	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100
Porcentaje con puntuación máxima (100) (ceiling)	31,0	70,5	55,5	2,5	16,5	45,0	73	13
Porcentaje con puntuación mínima (0) (floor)	0,5	20	0,5	1,5	1,0	2,0	16,0	0,5
Varones								
Media (DE)	89,7(15,4)	77,6(39,6)	81,8 (26,3)	48,2 (16,7)	70(18,5)	78,7(19,9)	81,5(35,8)	77,7(17,2)
Mediana	95	100	100	50	68,7	75	100	80
Rango Observado	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100
Porcentaje con puntuación máxima (100) (ceiling)	40,6	74	56,3	4,2	20,8	49	77,1	16,7
Porcentaje con puntuación mínima (0) (floor)	1	18,8	3,1	4,9	2,1	3,8	12,5	2,1
Mujeres								
Media (DE)	79,2 (22,5)	73,3(41,5)	78,4(30,1)	47,3(18,6)	68,7(21,5)	78,8(25)	75(40,4)	77,8(20,5)
Mediana	90	100	100	41,6	75	87,5	100	80
Rango Observado	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100
Porcentaje con puntuación máxima (100) (ceiling)	22,1	67,3	54,8	4,8	12,5	49	69,2	21,2
Porcentaje con puntuación mínima (0) (floor)	1	21,2	1	2,9	2,9	3,8	19,2	1

DE: desviación estándar

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

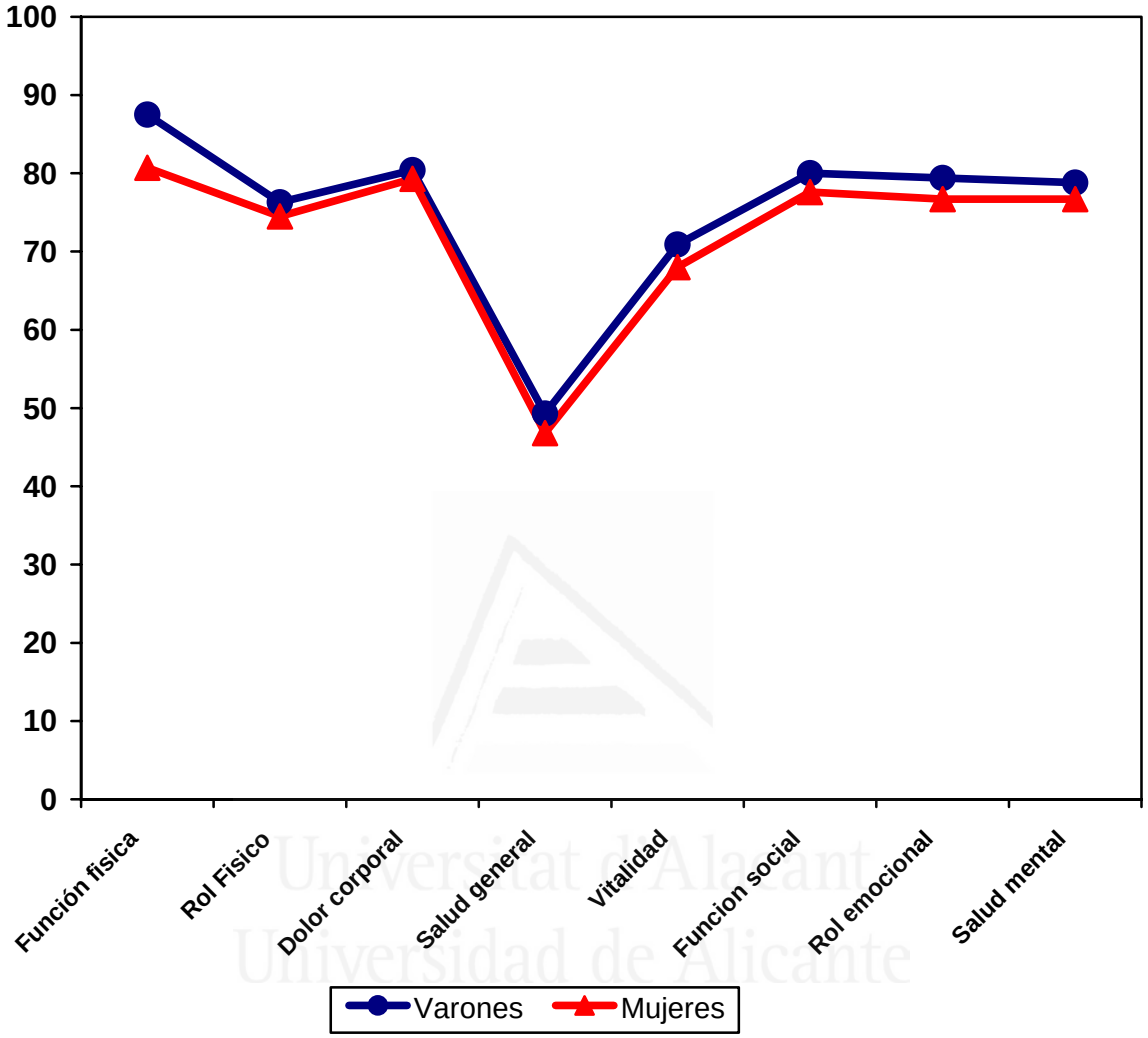
Figura 1
Comparación de las puntuaciones medias del SF-36 en la población española, venezolana y de Estados Unidos



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

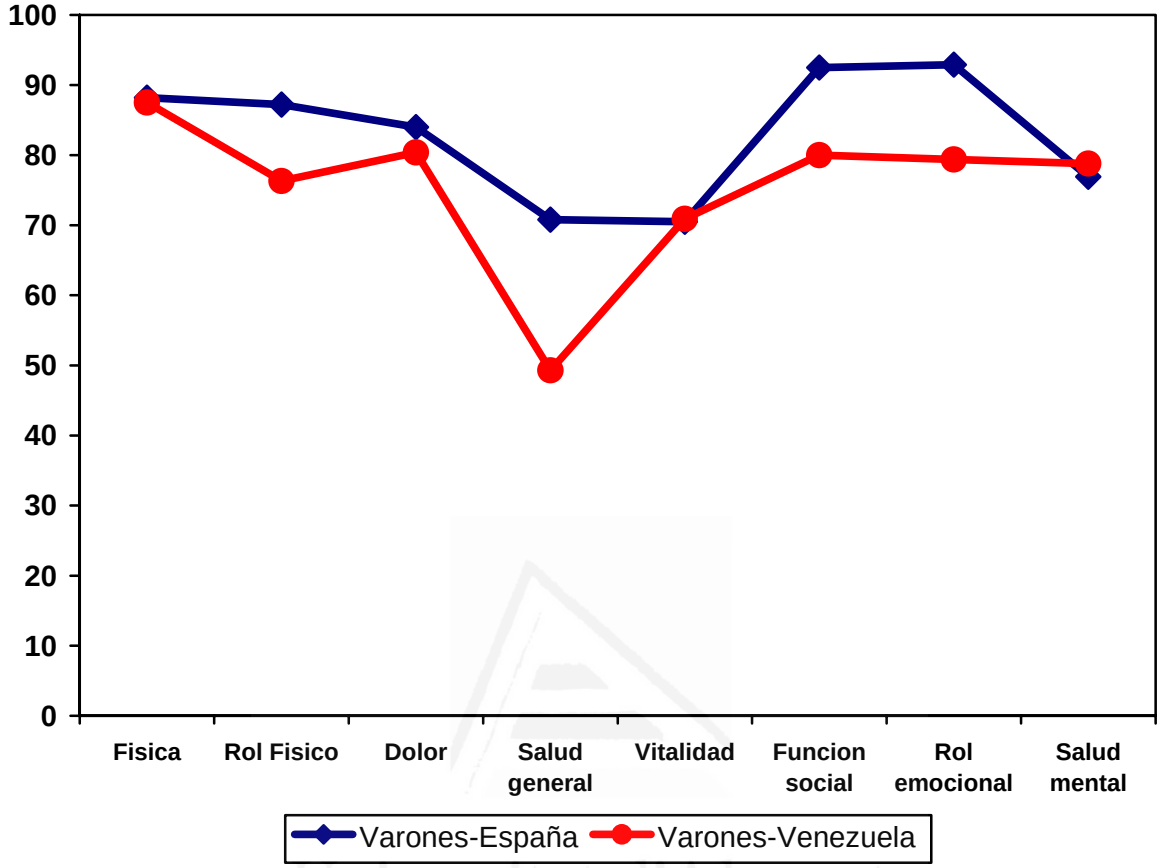
En la figura 1 se presenta la comparación de las puntuaciones medias del SF-36 en la población estudiada (La Cruz- Venezuela) y las de la población de España y de Estados Unidos. En general el patrón que siguen las escalas es similar, sin embargo, las puntuaciones de la población venezolana resultaron diferentes excepto en las dimensiones función física, dolor corporal, vitalidad y salud mental, que presentaron resultados muy similares a las poblaciones de España y EEUU; ello puede deberse a que la calidad de vida de la población venezolana es más bajo por sus mismas características sociodemográficas.

Figura 2
Puntuaciones medias en cada una de las dimensiones del SF-36 según el género



En relación a los grupos por género, (figura 2), se observa que tomando en cuenta que a mayor puntuación mejor estado de salud, los varones tuvieron puntuaciones más altas en todas las escalas en comparación con las mujeres. El porcentaje de puntuación máxima (efecto techo) superior al 50% se presentó en las dimensiones rol físico, dolor corporal y rol emocional de ambos grupos. Con las excepciones de rol físico y rol emocional la proporción de varones y mujeres con puntuación mínima fue menor del 5%.

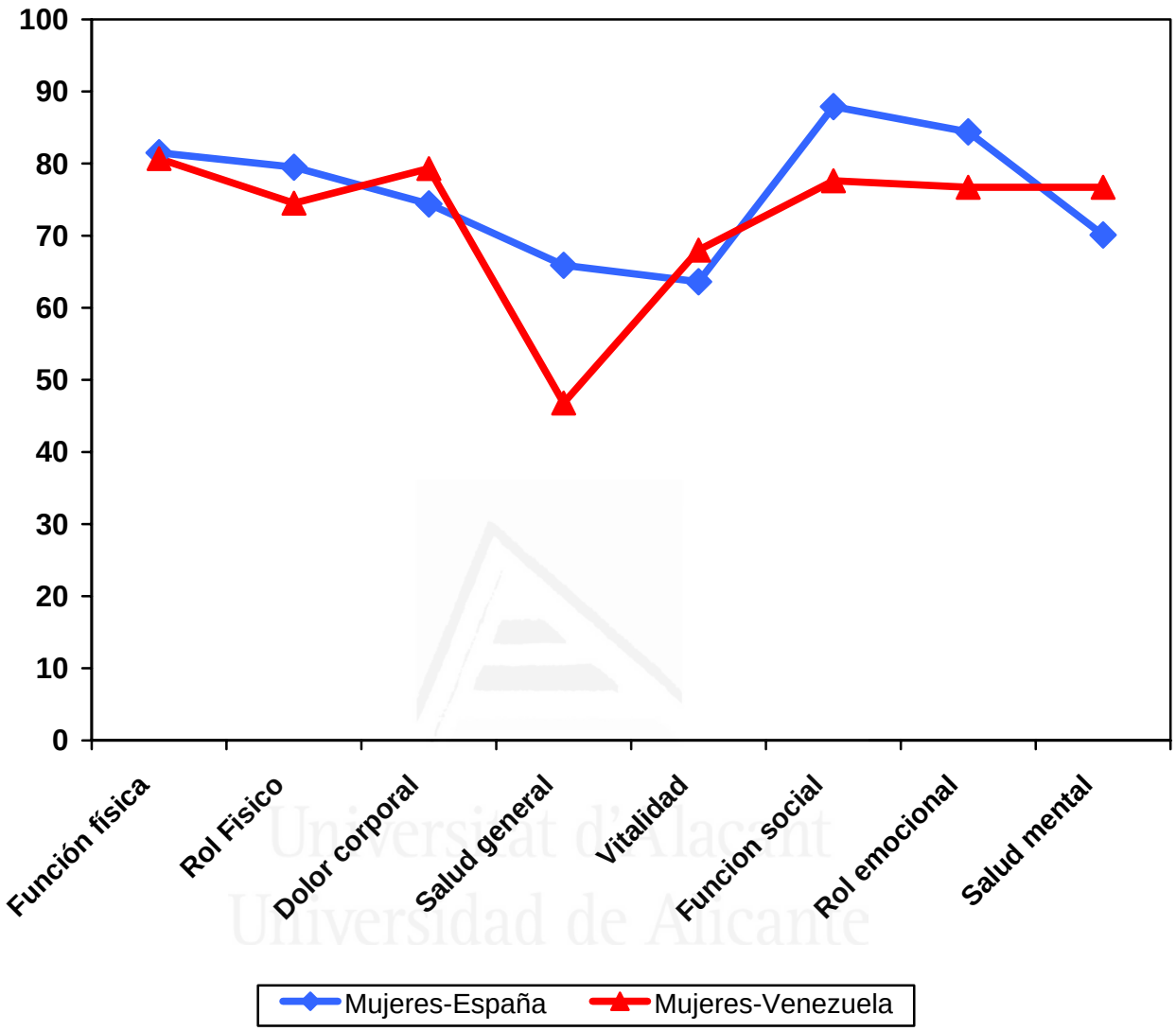
Figura 3
Comparación de las puntuaciones medias del SF-36 en la población masculina de España y La Cruz-Venezuela



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La figura 3 muestra la comparación de las puntuaciones medias del SF-36 en la población masculina estudiada y la de la población española. En general se observa que la población masculina estudiada presenta puntuaciones más bajas (peores) en comparación con la población masculina española en todas las dimensiones.

Figura 4
Comparacón de las puntuaciones medias del SF-36 en la poblacón femenina de España y La Cruz-Venezuela



Las puntuaciones medias en las escalas del SF-36 en las mujeres venezolanas presentan valores inferiores a las de la población femenina española, excepto en las escalas de dolor y vitalidad que sus valores se sitúan por encima de las españolas.

Tabla 16. Promedios y desviación estándar del SF-36 por grupos de edad de Venezuela y España

Venezuela N= 200	Función física		Rol físico		Dolor corporal		Salud general		Vitalidad		Función social		Rol emocional		Salud mental	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
15-19 años	90,3	(14,8)	78,8	(41,9)	78,7	(29,6)	54,6	(21,9)	72,1	(21,2)	81,7	(21,4)	79,5	(38,9)	78,0	(16,7)
20-39 años	88,1	(15,1)	77,3	(40,0)	84,8	(23,5)	48,1	(15,9)	70,4	(20,2)	80,6	(21,9)	82,1	(34,0)	78,7	(21,4)
40-59 años	79,7	(23,1)	77,0	(38,1)	75,5	(29,3)	46,0	(15,4)	65,8	(19,0)	77,0	(24,5)	71,5	(43,1)	75,6	(15,5)
≥ 60 años	53,4	(24,7)	50,0	(45,6)	48,2	(35,4)	33,3	(14,0)	62,9	(14,3)	75,6	(22,6)	64,1	(48,0)	76,1	(17,8)
España N= 9151	**Función física**		**Rol físico**		**Dolor corporal**		**Salud general**		**Vitalidad**		**Función social**		**Rol emocional**		**Salud mental**	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
18-24 años	96,8	(10,6)	92,4	(24,0)	86,7	(21,1)	78,1	(16,3)	73,2	(18,0)	93,9	(14,1)	91,7	(25,0)	75,9	(17,7)
25-34 años	96,3	(11,4)	91,5	(25,7)	86,7	(22,1)	77,5	(16,4)	74,4	(18,1)	94,6	(13,8)	93,0	(22,6)	76,1	(17,7)
35-44 años	92,9	(15,3)	88,2	(30,8)	83,9	(24,2)	73,4	(18,7)	70,5	(19,9)	93,1	(16,1)	91,6	(25,2)	75,2	(18,9)
45-54 años	87,5	(18,6)	83,8	(33,9)	77,7	(28,2)	68,4	(20,9)	68,3	(21,6)	91,5	(18,6)	89,9	(27,0)	74,0	(20,0)
55-64 años	77,3	(24,2)	77,1	(39,3)	72,1	(30,5)	61,0	(22,8)	62,3	(23,9)	87,5	(22,0)	85,8	(32,4)	70,2	(21,1)
65-74 años	65,1	(27,4)	69,3	(42,7)	67,8	(30,0)	53,0	(22,8)	57,2	(22,9)	82,6	(24,5)	80,1	(37,3)	69,4	(21,4)
≥ 75 años	52,6	(28,5)	65,7	(43,1)	68,1	(31,2)	50,3	(23,6)	53,6	(24,5)	78,8	(28,6)	81,8	(36,9)	68,5	(22,,0)

M= media
DE: Desviación estándar

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En la tabla 16 se muestra el promedio y la desviación estándar de la población por grupos de edad de cada una de las escalas del SF-36 venezolano en la que se observa que a mayor edad, peor es la puntuación en cada una de las escalas. Aunque es de hacer notar que la población comprendida entre 20 y 39 años presenta mejor puntuación que la comprendida entre 15 y 19 años en las escalas de dolor corporal y rol emocional. Si comparamos estos datos con los datos poblacionales de España (Alonso et al. 1998) vemos como las puntuaciones del SF- 36 son mejores en la población joven y, en general, siguen un gradiente decreciente en función de la edad siendo más perceptible en ambas muestras en las escalas de función física, rol físico, dolor corporal y salud general.

3.3.6.2.4. Fiabilidad

a) Consistencia interna

En la tabla 17 se determina la consistencia interna a través del estadístico alfa de Cronbach, estableciendo una comparación con la consistencia interna de las escalas del SF-36 español (Alonso et al. 1995).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 17. Coeficiente alfa de Cronbach de las escalas del cuestionario SF- 36 español y Venezolano

Escala	Alfa de Cronbach Español	Alfa de Cronbach Venezolano
Función física	0,94	0,86
Rol físico	0,96	0,94
Dolor corporal	0,92	0,90
Salud General	0,82	0,65
Vitalidad	0,78	0,74
Función social	0,81	0,78
Rol emocional	0,94	0,89
Salud mental	0,79	0,75

Los valores de la consistencia interna (alfa de Cronbach) en la mayoría de los casos en ambas poblaciones se sitúan por encima de 0,70. Las puntuaciones muestran valores similares siendo prácticamente iguales en las dimensiones de

rol físico (0,96 y 0,94), dolor corporal (0,92 y 0,90) y salud mental (0,79 y 0,75). Sin embargo, en la dimensión de salud general se observa una diferencia entre ambos cuestionarios (0,82 y 0,65).

En la tabla 18 se comparan los datos venezolanos con los de otro estudio español (López-García et al. 2003) determinando la consistencia interna a través del estadístico alfa de Cronbach y los coeficientes de correlación de Spearman para valorar las correlaciones entre escalas. En los resultados se observa como los valores de alfa de Cronbach de cada escala se situaron por encima del valor 0,7 en todas las escalas del SF-36 venezolano, excepto en la de salud general que presenta un valor de 0,66. En general, las escalas del SF-36 venezolano presentan un coeficiente de fiabilidad satisfactorio, similar al SF-36 español. Se observa que los valores de alfa del cuestionario venezolano en su mayoría son más bajos, en comparación con los españoles; ello puede deberse a que el SF-36 venezolano es aplicado a una población con un rango de edad más amplio (15 y más años de edad) en comparación con el SF-36 español aplicado en este caso a una población con un rango de edad más reducido (60 y más años de edad), lo que implica que los valores reportados por la población española son más homogéneos y por tanto reportan valores más elevados.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 18. Coeficiente alfa de Cronbach (entre paréntesis) y correlaciones de Spearman entre las escalas del cuestionario SF-36 venezolano y español

Escala	Función física		Rol Físico		Dolor Corporal		Salud general		Vitalidad		Función social		Rol emocional		Salud mental	
	SF-36 Vzla	SF-36 España	SF-36 Vzla	SF-36 España	SF-36 Vzla	SF-36 España	SF-36 Vzla	SF-36 España	SF-36 Vzla	SF-36 España	SF-36 Vzla	SF-36 España	SF-36 Vzla	SF-36 España	SF-36 Vzla	SF-36 España
Función física	(0,86)	(0,93)														
Rol físico	0,67	0,52	(0,94)	(0,95)												
Dolor corporal	0,73	0,51	0,72	0,53	(0,90)	(0,87)										
Salud General	0,51	0,56	0,47	0,45	0,52	0,46	(0,65)	(0,79)								
Vitalidad	0,44	0,57	0,41	0,48	0,49	0,47	0,34	0,65	(0,74)	(0,85)						
Función social	0,45	0,53	0,51	0,57	0,64	0,53	0,53	0,53	0,49	0,61	(0,78)	(0,80)				
Rol emocional	0,25	0,33	0,29	0,44	0,24	0,34	0,14	0,34	0,30	0,40	0,45	0,51	(0,89)	(0,91)		
Salud mental	0,23	0,39	0,31	0,38	0,29	0,40	0,23	0,50	0,48	0,62	0,50	0,56	0,54	0,47	(0,75)	(0,80)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 19. Correlaciones de Spearman entre las escalas del SF-36 venezolano determinadas por género

Género	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Masculino								
Función física	-							
Rol físico	0,75	-						
Dolor corporal	0,76	0,75	-					
Salud general	0,58	0,48	0,57	-				
Vitalidad	0,69	0,55	0,73	0,36	-			
Función social	0,51	0,51	0,68	0,55	0,57	-		
Rol emocional	0,29	0,26	0,26	0,11	0,24	0,44	-	
Salud mental	0,32	0,34	0,35	0,14	0,43	0,52	0,54	-
Femenino								
Función física	-							
Rol físico	0,62	-						
Dolor corporal	0,75	0,69	-					
Salud general	0,48	0,47	0,46	-				
Vitalidad	0,23	0,27	0,24	0,32	-			
Función social	0,44	0,50	0,59	0,51	0,43	-		
Rol emocional	0,19	0,33	0,24	0,17	0,39	0,47	-	
Salud mental	0,18	0,26	0,21	0,35	0,56	0,50	0,53	-

Simplemente observando la matriz de correlaciones de Spearman por género, podemos ver como las variables se correlacionan entre sí. Las correlaciones son más altas en el caso de los varones, excepto en las correlaciones de la escala rol emocional con las dimensiones rol físico (0,33), salud general (0,17), vitalidad

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

(0,39), y función social (0,47) que son mayores en las mujeres y las correlaciones de la escala salud mental con salud general (0,35) y vitalidad (0,56).

3.3.6.2.5. Validez

a) Validez de constructo:

a.1. Análisis factorial

La matriz de correlaciones ofrece los siguientes resultados

Tabla 20. Matriz de correlaciones del SF-36

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Función física	1,000							
Rol físico	0,66	1,000						
Dolor corporal	0,76	0,75	1,000					
Salud general	0,48	0,44	0,49	1,000				
Vitalidad	0,39	0,40	0,47	0,26	1,000			
Función social	0,48	0,50	0,60	0,48	0,48	1,000		
Rol emocional	0,43	0,29	0,36	0,07	0,32	0,45	1,000	
Salud mental	0,37	0,35	0,36	0,22	0,52	0,53	0,59	1,000

Al observar la matriz de correlaciones vemos como las variables están relacionadas entre sí, con correlaciones mayores a 0,3 en la gran mayoría de las celdas, por lo que se puede hacer la conjetura de que existe una estructura factorial subyacente. Sin embargo se debe confirmar la existencia de la estructura

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

con un test más exigente. Entre los test estadísticos formales uno de los más conocidos es el test de esfericidad de Bartlett. Si su valor es pequeño y la p asociada está por encima de 0,05, la matriz de correlación no se va a diferenciar de forma significativa de la matriz unidad (1,000 en la diagonal y 0,00 fuera de ella), lo que indica que no se debe seguir adelante, sin embargo nuestro resultado es alto (Prueba de esfericidad de Bartlett (Chi-cuadrado = 800,094; p< 0,000) lo que muestra la existencia de una alta dependencia entre las ocho escalas.

Otro test es el de la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que se basa en las correlaciones parciales al cuadrado. El valor de KMO aparece en la diagonal principal de la antiimagen de la matriz de correlación, y se da también un valor resumen, lo que permite comprobar la adecuación general de la matriz. El valor de KMO es de 0,862. Una vez realizadas las comprobaciones pertinentes, se procede a la extracción de los factores por el método de análisis de componentes principales quedando como sigue:

Tabla 21. Matriz factorial no rotada. Componentes principales del SF-36

	Factor 1	Factor 2
Función física	,812	-,233
Rol físico	,785	-,308
Dolor corporal	,856	-,281
Salud general	,595	-,492
Vitalidad	,665	,248
Función social	,787	,090
Rol emocional	,592	,590
Salud mental	,666	,568

Variable	Comunalidad	Factor	Autovalor	% de varianza	% acumulado
Función física	,713	1	4,217	52,715	67,851
Rol físico	,710	2	1,211	15,136	
Dolor corporal	,812				
Salud general	,597				
Vitalidad	,503				
Función social	,627				
Rol emocional	,699				
Salud mental	,767				

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 22. Matriz factorial rotada. Rotación Varimax del SF-36

	Factor 1	Factor 2
Función física	,777	,330
Rol físico	,803	,255
Dolor corporal	,842	,321
Salud general	,773	,088
Vitalidad	,360	,611
Función social	,554	,566
Rol emocional	,089	,831
Salud mental	,160	,861

El análisis de componentes principales del cuestionario presenta dos únicos factores no rotados (siguiéndose el criterio de Kaiser), con un porcentaje de varianza explicada del 67,8%. La rotación varimax de estos dos factores ofrece una estructura más clara con dos factores claramente conformados: uno correspondiente al componente físico (FF, RF, DC, SG) y otro al componente mental (VT, RE, SM). En este estudio la dimensión función social (FS) tiene un peso factorial similar en ambos factores, por lo que puede correlacionarse con otras cuestiones que se refieren a la parte social. Por otra parte, los resultados de las siete escalas son similares con los resultados de la rotación varimax de la escala original (SF-36 adaptado en España).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 23. Correlaciones entre los componentes rotados principales de las escalas del SF-36 de Venezuela, España y Estados Unidos

	Venezuela		España		Estados Unidos	
Escala	Componente física	Componente mental	Componente física	Componente mental	Componente física	Componente mental
Función física	0,77	0,33	0,81	0,19	0,85	0,12
Rol físico	0,80	0,25	0,76	0,24	0,81	0,27
Dolor corporal	0,84	0,32	0,74	0,26	0,76	0,28
Salud general	0,77	0,00	0,73	0,34	0,69	0,37
Vitalidad	0,36	0,61	0,51	0,61	0,47	0,64
Función social	0,55	0,56	0,50	0,62	0,42	0,67
Rol emocional	0,08	0,83	0,18	0,78	0,17	0,78
Salud mental	0,16	0,86	0,22	0,84	0,17	0,87

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En la comparación de los componentes del SF-36 adaptado en Venezuela, en España y en Estados Unidos (Ware et al. 1998), se observa que en cada uno de ellos la componente física del SF-36 correlaciona fuertemente con la función física, rol físico, dolor corporal y salud general; y la componente mental, correlaciona de forma alta con vitalidad, rol emocional, salud mental y función social excepto en el estudio de Venezuela, donde la escala de función social correlaciona de igual forma con ambos componentes.

Tabla 24. Correlaciones entre las componentes del SF-36, la escala de función social, cuestiones sociales (apoyo y satisfacción de amigos) y el APGAR familiar

	Componente física	Componente mental	Función social	Apoyo de amigos	Satisfacción con los amigos	APGAR familiar
Componente física	-					
Componente Mental	0,00	-				
Función social	0,47**	0,51**	-			
Apoyo de amigos	0,05	-0,19**	-0,08	-		
Satisfacción con los amigos	-0,05	-0,01	-0,06	0,32**	-	
APGAR familiar	-0,03	0,03	0,04	-0,21**	-0,13	-

* * p< 0,01

Las correlaciones presentadas en la tabla 24 son estadísticamente significativas entre la escala de función social y las componentes mental (0,51) y física (0,47) como era de esperarse. No existe correlación entre la escala de función social y las cuestiones relacionadas con el apoyo y satisfacción con los amigos, ya que miden cuestiones totalmente diferentes; existe una correlación negativa entre el ítems de apoyo de los amigos y la componente mental (-0,19), la componente mental hace referencia a la salud emocional, mientras el ítems mide satisfacción con el apoyo de sus amigos. Existe una correlación estadísticamente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

significativa entre los dos ítems referentes a los amigos (0,33), ambos miden cuestiones similares.

a.2.- Validez convergente y divergente:

La validez convergente y divergente se estableció correlacionando las escalas del SF-36 con otros instrumentos como el APGAR familiar, el Método Graffar modificado, empleándose las correlaciones de Pearson.

Tabla 25. Coeficiente de correlación de Pearson entre las escalas del SF-36 el APGAR familiar, Graffar modificado, Método NBI, variables de salud y actividad física

Escalas	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
APGAR familiar	0,07	0,07	0,11	0,04	0,12	0,09	0,13**	0,10*
Graffar Modificado	-0,02	-0,08	-0,05	-0.03	-0,07	-0,01	-0,05	-0,09
Método NBI	0,00	0,00	-0,08	-0,00	-0,04	0,00	0,01	-0,02
Actividades Físicas	0,22**	0,04	0,11	0,15*	0,14*	0.04	0,04	0,08
Presencia de enfermedades	0,17*	0,20**	0,24**	0,24**	0,05	0,12	-0,06	-0,02
Consumo de medicamentos	0,17*	0,13	0,19**	0,17*	0,04	0,18**	0,10	0,07

* p<0,05; **p< 0,01

- Validez convergente: Los coeficientes de correlación entre las escalas del SF-36 y la sumatoria del cuestionario de APGAR familiar muestra correlaciones convergentes estadísticamente significativas entre éste y las escalas rol emocional y salud mental del SF-36, aunque no son correlaciones fuertes.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Validez divergente: Los coeficientes de correlación entre las escalas del SF-36 y las escalas de Graffar y NBI (medidas que miden nivel de pobreza) presentan correlaciones totalmente divergentes por no haber variabilidad en la clasificación del Graffar modificado y en el Método de Necesidades Básicas Insatisfechas; toda la población se clasifica en el estrato de pobreza y pobreza extrema. Por tanto, se corrobora la complementariedad entre medidas calidad de vida relacionadas con la salud como el SF- 36 y medidas de calidad de vida determinadas por el nivel de desarrollo económico.

Las actividades físicas están relacionadas con una CVRS elevada. Las asociaciones son más altas y positivas para la escala de función física, seguida de salud general y vitalidad. A mayor actividad física (correr caminar, jugar a la pelota), mejor estado de salud. Por otra parte, también podemos ver las relaciones entre la morbilidad y las dimensiones de CVRS: a mayor número de patologías, peor estado de salud, Los resultados muestran que la presencia de enfermedades presenta relaciones positivas con las escalas de dolor corporal, salud general, rol físico y función física. De igual forma, el consumo de medicamentos tiene asociaciones elevadas, con las escalas de dolor corporal, función física, salud general y función social.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3.6.3. Propiedades métricas del APGAR familiar.

3.3.6.3.1. Descripción de las respuestas del APGAR familiar

A continuación se presentan las frecuencias absolutas y los porcentajes de los valores que adoptan los diferentes ítems del instrumento, teniendo presente que esta constituido por cinco dimensiones a saber: adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución.

Tabla 26. Descripción de las respuestas de los ítems del APGAR familiar

	Frecuencia de respuestas											
Ítems del APGAR familiar	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	M	DT
1	4	2,0	2	1,0	10	5,0	39	19,5	145	72,5	3,60	0,80
2	3	1,5	9	4,5	19	9,5	28	14,0	141	70,5	3,48	9,45
3	3	1,5	1	0,5	9	4,5	7	3,5	180	90,0	3,80	0,68
4	4	2,0	2	1,0	-	-	19	9,5	175	87,5	3,80	0,68
5	4	2,0	26	13,0	78	39	29	14,5	63	31,5	2,61	1,12

La frecuencia de respuestas a los ítems del APGAR familiar muestran que un importante porcentaje de la población estudiada presenta valores de 3 y 4 lo que indica una buena funcionalidad familiar en línea general, sin embargo, se observa que en el ítem 5 referente a la dimensión de resolución un importante 13% y 39% que responden que nunca o casi nunca están satisfechos con la cantidad de tiempo que comparten con la familia.

3.3.6.3.2. Variabilidad y distribución de las respuestas por género y edad

A continuación se presentan los cuadros que contienen las 5 variables del APGAR familiar, las medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, y desviación estándar) de forma general y por género.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 27. Variabilidad y distribución de las respuestas del APGAR familiar

N= 200	Adaptación	Participación	Crecimiento	Afecto	Resolución
Media (DE)	3,60 (0,80)	3,48 (0,94)	3,80 (0,68)	3,80 (0,68)	2,60 (1,12)
Mediana	4	4	4	4	2

DE: desviación estándar

Tabla 27. Variabilidad y distribución de las respuestas del APGAR familiar (continuación)

N=200	Adaptación Media (DE)	Participación Media(DE)	Crecimiento Media (DE)	Afecto Media(DE)	Resolución Media(DE)
Varones					
15-19 años	3,64 (0,49)	3,73 (0,70)	4,00 (0,00)	3,91 (2,94)	2,86 (0,99)
20-39 años	3,82 (0,49)	3,71 (0,78)	3,80 (0,58)	3,89 (0,31)	2,89 (1,09)
40-59 años	3,12 (1,22)	3,15 (1,25)	3,53 (1,21)	3,53 (1,16	2,32 (1,12)
>59 años	4,00 (0,00)	4,00 (0,00)	4,00 (0,00)	4,00 (0,00)	4,00 (0,00)
Mujeres					
15-19 años	3,63 (0,59)	2,74 (1,19)	3,63 (0,83)	3,84 (0,68)	2,11 (1,15)
20-39 años	3,56 (0,89)	3,46 (0,85)	3,90 (0,40)	3,73 (0,74)	2,56 (1,12)
40-59 años	4,00 (0,00)	3,93 (0,25)	3,93 (0,25)	4,00 (0,00)	2,87 (1,06)

DE: desviación estándar

Las puntuaciones medias de las 5 variables presentan valores bastantes homogéneos, excepto la de resolución, que presentó una media de 2,60. En relación a los grupos por género, no se observan diferencias de medias en las puntuaciones finales, cuestión esperada de acuerdo a su creador (Smilkstein 1978). Sin embargo, en la población clasificada por grupos de edad si se observan diferencias en las puntuaciones. En relación a la dimensión participación el grupo con edad comprendida entre los 15 y 19 años presentan puntuaciones más bajas en comparación con el resto de la población. Así mismo la población comprendida entre 40 y 59 años presenta los valores más bajos en las cuatro primeras escalas en comparación con el resto de la población estudiada, (figura 5).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Figura 5
Puntuaciones medias del APGAR familiar por grupos de edad

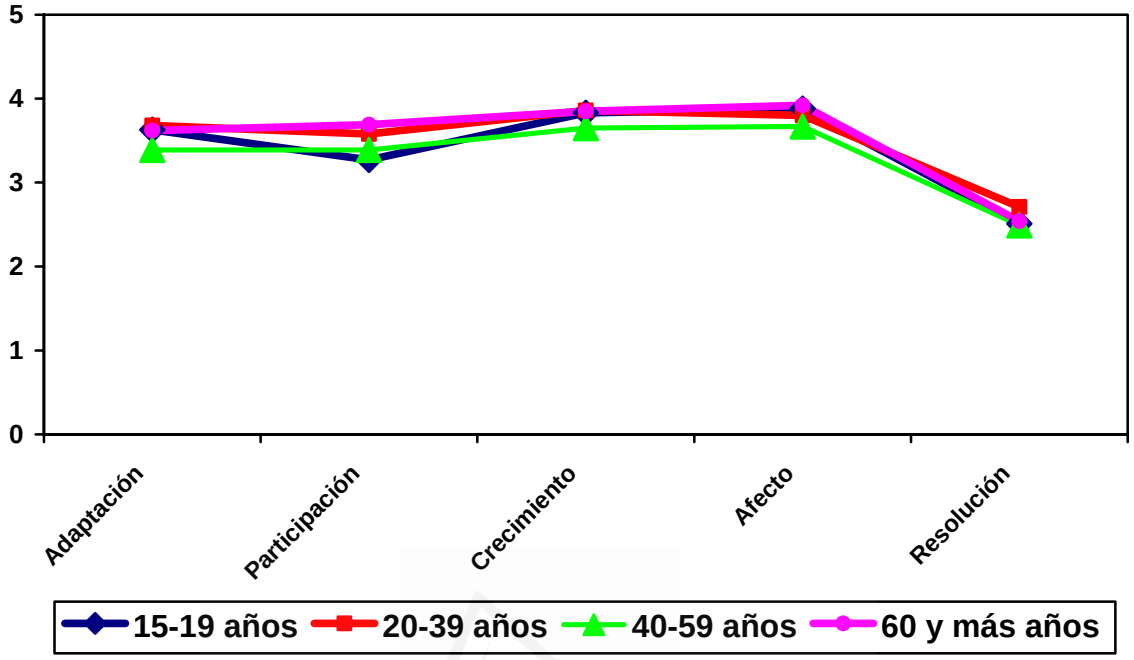
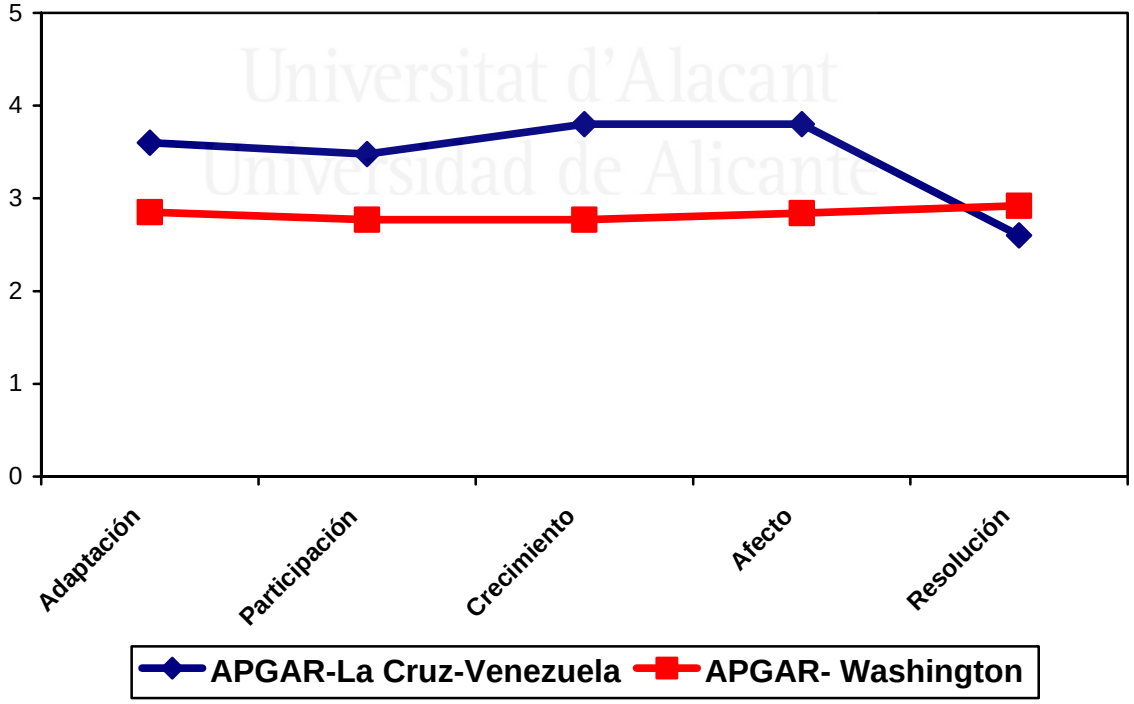


Figura 6
Comparación de las puntuaciones medias del APGAR familiar de Washington y de Venezuela



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En la figura número 6 se presentan las puntuaciones medias de las 5 escalas que componen el APGAR familiar de Washington (instrumento original) (Smilkstein 1978) y el de la población de La Cruz –Venezuela. La comunidad de Washington presenta valores más bajos en comparación con la venezolana, ello puede deberse al hecho de que en Norteamérica se tomó población diagnosticada y no diagnosticada con problemas familiares. Por otra parte, se observa que la dimensión resolución tiene un comportamiento diferente en ambos cuestionarios.

3.3.6.3.3. Fiabilidad

a) Consistencia interna

En la tabla 28 se determina la consistencia interna a través del estadístico alfa de Cronbach y la correlación de los ítems con la escala.

Tabla 28. Correlaciones ítems- test y coeficientes alfa del APGAR familiar

Escala	Correlación ítem-test	Alfa de Cronbach
Adaptación	0,60	0,73
Participación	0,56	0,75
Crecimiento	0,89	0,74
Afecto	0,70	0,75
Resolución	0,35	0,73

El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,80 similar al valor alcanzado en el estudio original de Smilkstein y Ashowort, (1982). La tabla 28 muestra las correlaciones ítem-test y el coeficiente de alfa de Cronbach. Se observa correlaciones altas en la mayoría de los índices excepto en el de resolución (0,35). Por otra parte, los valores de alfa son aceptables y similares entre ellos, por tanto cualquier eliminación de algunos de los ítems no producirá un aumento en la consistencia interna del cuestionario.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3.6.3.4. Validez

a). Validez de constructo

a.1. Análisis factorial

La matriz de correlaciones ofrece los siguientes resultados

Tabla 29.. Matriz de correlación del APGAR familiar

	Adaptación	Participación	Crecimiento	Afecto	Resolución
Adaptación	-				
Participación	0,60	-			
Crecimiento	0,56	0,55	-		
Afecto	0,67	0,378	0,65	-	
Resolución	0,35	0,41	0,35	0,34	-

Al observar la matriz de correlaciones, se observa que las variables están relacionadas entre sí, con correlaciones mayores a 0,3 en todas las celdas, por lo que se puede predecir que existe una estructura factorial subyacente. Sin embargo, se debe confirmar la existencia de la estructura con el test de esfericidad de Bartlett que produjo un resultado de: 410,618 con una significancia de 0,000. El test de la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), generó un valor de 0,76. Una vez realizadas las comprobaciones pertinentes, se procede a la extracción de los factores por el método de análisis de componentes principales.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 30. Matriz factorial de componentes principales del APGAR familiar

	Factor Único
Adaptación	,845
Participación	,826
Crecimiento	,807
Afecto	,766
Resolución	,596

Variable	Comunalidad	Factor	Autovalor	% de varianza	% acumulado
Adaptación	,713	1	2,989	59,775	59,775
Participación	,586				
Crecimiento	,682				
Afecto	,652				
Resolución	,355				

El análisis de componentes principales del cuestionario presenta un único factor no rotado (siguiéndose el criterio de Kaiser), con un porcentaje de varianza explicada del 59,77%.

a.2. Validez convergente- divergente:

La validez convergente y divergente se estableció correlacionando las dimensiones del APGAR familiar con otros instrumentos, como son los componentes del SF-36, el Método Graffar modificado, y el Método de NBI empleándose las correlaciones de Pearson.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 31. Análisis relacional (r de Pearson) entre los ítems del APGAR familiar, el SF-36, Graffar modificado, Método NBI variables de salud y sociodemográficas

Escala	Adaptación	Participación	Crecimiento	Afecto	Resolución	APGAR
SF-36:						
Función física	-0,09	-0,06	0,09	-0,05	0,12	0,07
Rol físico	-0,08	-0,03	0,07	-0,01	0,08	0,07
Dolor corporal	-0,09	-0,07	0,12	-0,03	0,01	0,11
Salud general	-0,02	-0,14*	0,03	-0,03	0,01	0,04
Vitalidad	-0,55	-0,37	0,16*	0,66	0,04	0,12
Función social	-0,11	0,14*	0,08	0,01	0,09	0,09
Rol emocional	-0,08	-0,04	0,07	-0,03	0,20**	0,13**
Salud mental	-0,11	0,02	0,08	0,04	0,14*	0,10*
Graffar modificado	-0,72	-0,65	-0,13	-0,13	0,75	-0,14*
Método NBI	-0,15*	-0,02	-0,14*	-0,14*	0,02	0,09
Nº hijos	0,13*	0,25**	0,24**	0,15*	0,13*	0,15*
Estado civil	-0,06	-0,02	0,00	0,02	0,13*	0,01
Ocupación	-0,01	0,13*	-0,04	-0,11	0,13*	0,00
Nivel educativo	-0.05	-0,10	-0,06	-0,14*	-0,05	0,06
Religión	0,11	-0,00	-0,02	-0,01	0,14*	0,00
Presencia de enfermedades	0,09	0,05	0,05	0,00	0,20**	-

* p<0,05; **p< 0,01

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Validez convergente: Los coeficientes de correlación entre las variables del APGAR familiar y algunas dimensiones del SF-36 muestran correlaciones convergentes estadísticamente significativas. Observándose específicamente correlaciones entre la escala de crecimiento y vitalidad (0,16), función social y participación (0,14), resolución y rol emocional (0,20), resolución y salud mental (0,14). Aunque no son correlaciones fuertes, sin embargo, era lo que se esperaba, ya que el constructo teórico del APGAR mide elementos relacionados con componentes afectivos familiares que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud de las personas. Al realizar las correlaciones del APGAR familiar con las escalas del SF-36, se observan correlaciones estadísticamente significativas de las dimensiones rol emocional y salud mental con el instrumento global.

- Validez divergente: Se observan correlaciones negativas entre algunas de las variables del APGAR familiar y del SF-36. Los coeficientes de correlación

entre los ítems y la escala general del APGAR familiar con el Graffar modificado y el método NBI (medidas que miden nivel de pobreza) presentan correlaciones totalmente divergentes. Por no haber variabilidad en la clasificación del Graffar modificado, y en el Método de Necesidades Básicas Insatisfechas, toda la población se clasifica en el estrato de pobreza y pobreza extrema.

- Relaciones con variables biodemográficas y de salud: Se observa que el número de hijos está relacionado con la funcionalidad familiar. Las relaciones son positivas con los ítems y la escala general del APGAR familiar. Por otra parte, el estado civil y la religión de las personas solo presenta relación positiva con la escala de resolución (0,13); la ocupación de las personas se relaciona positivamente con la escala de participación y resolución (0,13) como era de esperar; de acuerdo a la actividad a la que se dedican, los respondientes estarán más satisfechos en relación al tiempo de permanencia dentro de su grupo familiar para la toma de decisiones, así como también, en el tiempo que comparten con su grupo familiar. En relación a la presencia de enfermedades existe relación estadísticamente significativa y positiva entre ésta y la escala de resolución (0,20), a menor número de enfermedades mayor oportunidad tienen las personas de compartir satisfactoriamente con su grupo familiar.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En cuanto al nivel educativo presenta relaciones totalmente negativas con las escalas de funcionalidad familiar; ello puede deberse a la poca variabilidad que existe en cuanto al nivel educativo de los entrevistados ya que un 84% de la población presenta el mínimo nivel de instrucción. El estado civil, la ocupación y la religión presentan correlaciones divergentes con algunas de las escalas de afecto y participación, por lo que estas escalas no se ven influenciadas por estas variables sociodemográficas.

3.3.6.4. Propiedades métricas del Graffar modificado.

3.3.6.4.1. Descripción de las respuestas del Graffar modificado

A continuación se presentan las frecuencias absolutas y los porcentajes de los valores que adoptan los diferentes ítems del instrumento, teniendo presente que esta constituido por cuatro componentes a saber: profesión del jefe de hogar, nivel de instrucción de la madre, ingreso económico principal familiar y condiciones de la vivienda.

Tabla 32. Descripción de las respuestas de los ítems del Graffar modificado

	Frecuencia de respuestas											
Ítems del Graffar modificado	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	M	DT
1	-	-	-	-	41	20,5	42	21,0	117	58,5	4,38	0,80
2	-	-	-	-	11	5,5	132	66,0	57	28,5	4,23	0,53
3	1	0,5	-	-	66	33,0	130	65,0	3	1,5	3,69	0,57
4	-	-	-	-	25	12,5	56	28,0	119	59,5	4,47	0,70

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En la tabla 32 quedan reflejadas las distribuciones de frecuencias de los ítems que componen el Graffar. Las puntuaciones deben interpretarse en el sentido que a mayor puntuación peor estrato social. La frecuencia de respuestas a los ítems muestra que la distribución no es homogénea, la gran mayoría de la población estudiada satura los valores de 3, 4 y 5, lo que indica un estrato social bajo o muy bajo ubicando a la población en la línea de la pobreza.

3.3.6.4.2. Variabilidad y distribución de las respuestas

A continuación se presentan las medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, y desviación estándar) de forma general y por género de las variables del Graffar modificado.

Tabla 33. Puntuaciones medias generales, por género y edad del Graffar modificado

N= 200	Profesión del jefe de familia	Nivel de instrucción de la madre	Ingreso económico familiar	Condiciones de la vivienda
Media (DE)	4,38 (0,80)	4,23 (0,53)	3,69 (0,57)	4,47 (0,70)
Mediana	4	4	4	4
Mínimo	3	3	1	3
Máximo	5	5	5	5
Asimetría	-0,79	0,12	-0,15	-0,96
Varones	**Profesión del jefe de familia Media (DE)**	**Nivel de instrucción de la madre Media(DE)**	**Ingreso económico familiar Media (DE)**	**Condiciones de la vivienda Media(DE)**
15-19 años	4,27 (0,82)	4,45 (0,51)	3,50 (0,51)	4,36 (0,49)
20-39 años	4,22 (0,92)	4,07 (0,53)	3,67 (0,47)	4,76 (0,43)
40-59 años	4,35 (0,73)	4,29 (0,46)	3,65 (0,48)	4,26 (0,82)
>59 años	5,00 (0,00)	5,00 (0,00)	5,33 (1,15)	4,67 (0,57)
Mujeres				
15-19 años	4,58 (0,50)	3,95 (0,52)	3,68 (0,74)	4,00 (1,00)
20-39 años	4,46 (0,80)	4,15 (0,50)	3,75 (0,55)	4,65 (0,62)
40-59 años	4,20 (1,01)	4,40 (0,50)	3,53 (0,51)	4,13 (0,83)
>59 años	4,70 (0,48)	4,70 (0,48)	3,80 (0,42)	4,50 (0,52)

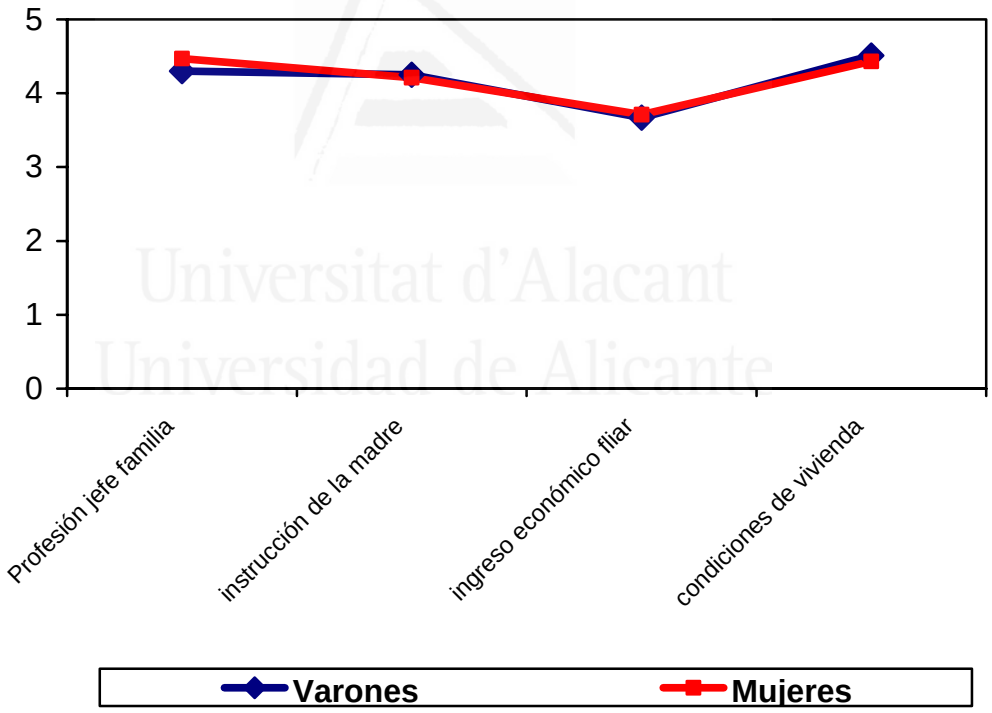
DE: desviación estándar

Las puntuaciones medias de las 4 variables presentaron valores similares, excepto el de ingreso familiar que presentó una media de 3,69. El recorrido en tres de las variables se encuentra entre 3 y 5, lo que significa que la población está concentrada en los estratos socioeconómicos bajos, excepto en el ingreso económico familiar en el que uno de los encuestados reportó el valor de uno que

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

significa que su ingreso depende de una herencia. Se observa en el coeficiente de la asimetría valores negativos en tres de las cuatro variables lo que se traduce en una alta concentración de población en el nivel socioeconómico bajo. En relación con los grupos por género (figura 7), no se observan diferencias de medias en las puntuaciones finales, cuestión esperada porque en línea general la población presenta condiciones sociodemográficas semejantes. Sin embargo, en la población clasificada por grupos de edad (figura 8) se observan mayores puntuaciones en el grupo de 60 y más años que en el resto de la población; ello puede deberse a que la muestra de este grupo poblacional es menor en comparación con el resto de grupos etáreos debido a la pirámide poblacional que presenta Venezuela y específicamente el Municipio Andrés Eloy Blanco.

Figura 7
Puntuaciones medias del Graffar modificado por genero



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Figura 8
Puntuaciones medias del graffar modificado por grupos de edad

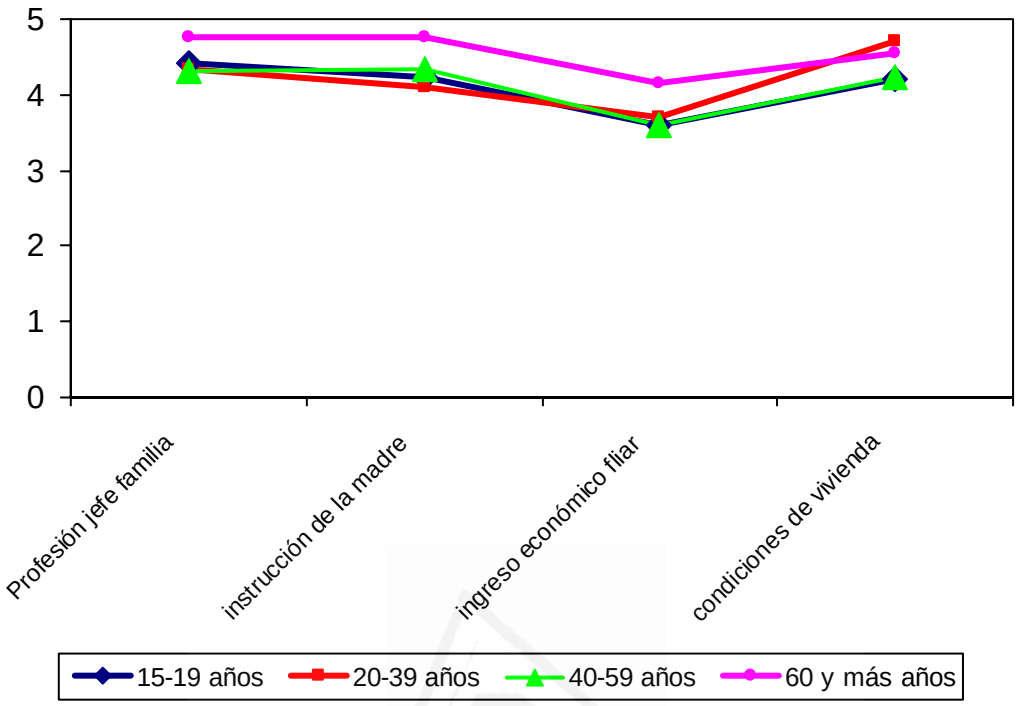
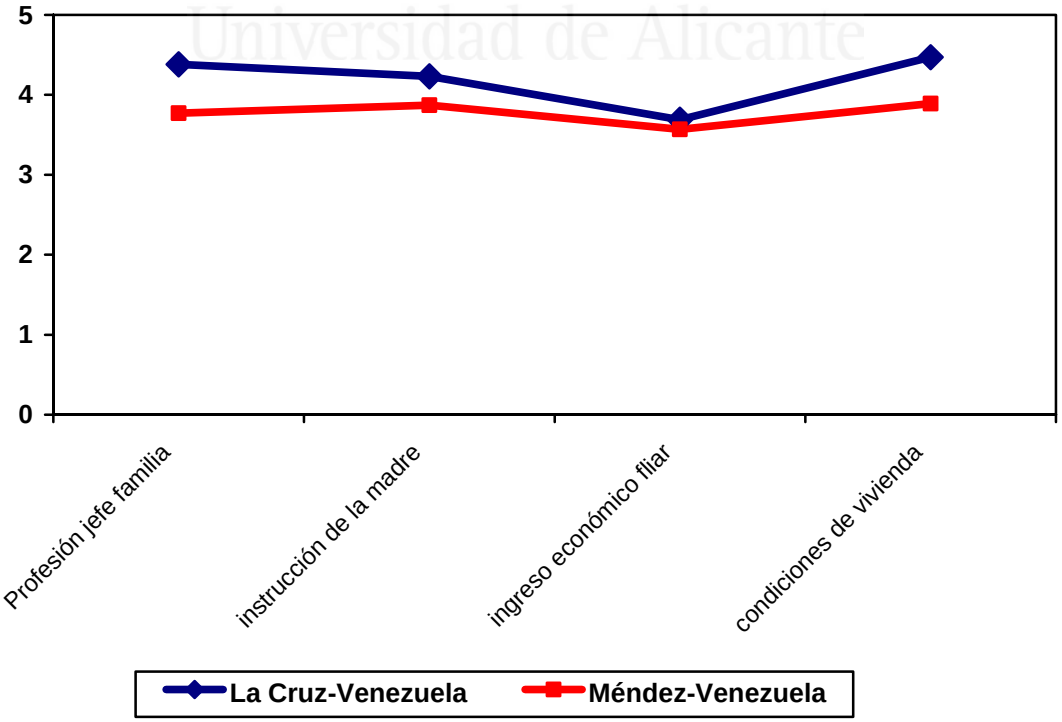


Figura 9
Comparación de las puntuaciones medias del Graffar modificado aplicado en Venezuela por Méndez y el de la población de La Cruz de Venezuela



En la figura 9 se presenta la comparación de las puntuaciones medias del Graffar modificado y el de la población estudiada (La Cruz- Venezuela). En general, el patrón que siguen las escalas es similar; sin embargo, las puntuaciones de la población venezolana estudiada en la actualidad resultaron más altas en comparación con la estudiada por Méndez (Contasti, 1975). Ello puede deberse a que ese estudio data del año 1975 por tanto las condiciones sociales pueden haber cambiado en el transcurso del tiempo; sin embargo, con relación a la variable ingreso familiar, a pesar del tiempo transcurrido los valores son similares, lo que puede deberse a la influencia de la política económica en la que ha estado sumergida Venezuela.

3.3.6.4.3. Fiabilidad

a) Consistencia interna

La consistencia determinada a través del estadístico alfa de Cronbach reporta un valor global de 0,33. De acuerdo a Nunally (1978), los valores recomendados deben ser igual o superior a 0,70, y evidentemente en este caso no se logra obtener estos valores de confiabilidad, por lo que se realiza la correlación de Spearman- Brown con la finalidad de obtener un valor que nos permita determinar los índices de homogeneidad de las distintas subpartes del instrumento.

En la tabla 34 se realiza un análisis relacional entre ítems y de éstos con la escala global empleando la correlación de Spearman.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 34. Análisis relacional (Spearman) entre los ítems del Graffar modificado

	Profesión del jefe de familia	Nivel de instrucción de la madre	Ingreso económico familiar	Condiciones de alojamiento de la vivienda
Profesión jefe de la familia	-			
Nivel instrucción de la madre	0,12*	-		
Ingreso económico familiar	0,30**	0,16*	-	
Condiciones de alojamiento de la vivienda	0,10	0,02	0,12*	-
Graffar	0,69**	0,48**	0,60**	0,53**

* p<0,05; **p< 0,01

Al observar las correlaciones entre ítems vemos que las mismas son estadísticamente significativas aunque con valores bajos, la correlación más alta se observó entre el ingreso familiar y la profesión del jefe de familia con un valor de 0,30. De las cuatro variables representativas de la escala, el nivel de instrucción de la madre tuvo la correlación más baja (0,48) y las restantes en recorridos intermedios (0,53 a 0,69).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3.6.4.4. Validez

a) Validez de constructo

a.1. Análisis factorial

La matriz de correlaciones ofrece los siguientes resultados

Tabla 35. Matriz de correlaciones del Graffar modificado

	Profesión del jefe de familia	Nivel de instrucción de la madre	Ingreso económico familiar	Condiciones de alojamiento de la vivienda
Profesión jefe de la familia	-			
Nivel de instrucción de la madre	0,12*	-		
Ingreso económico familiar	0,29*	0,13*	-	
Condiciones de alojamiento de la vivienda	0,05	0,08	0,10	-

Al observar la matriz de correlaciones, vemos que las variables están relacionadas entre sí, con correlaciones entre 0,10 y 0,28, aunque son correlaciones bajas. Sin embargo, se debe constatar la existencia de la estructura factorial subyacente, tal cual como lo informa Contasti (1975) en su investigación. Para confirmar la existencia o no de la estructura factorial se realizó el test de esfericidad de Bartlett que produjo un resultado de: 24,120 con una p<0,000. La medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), generó un valor de 0,56. Una vez realizadas las comprobaciones pertinentes, se procede a la extracción de los factores por el método de análisis de componentes principales.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 36. Matriz factorial de componentes rotados (varimax)

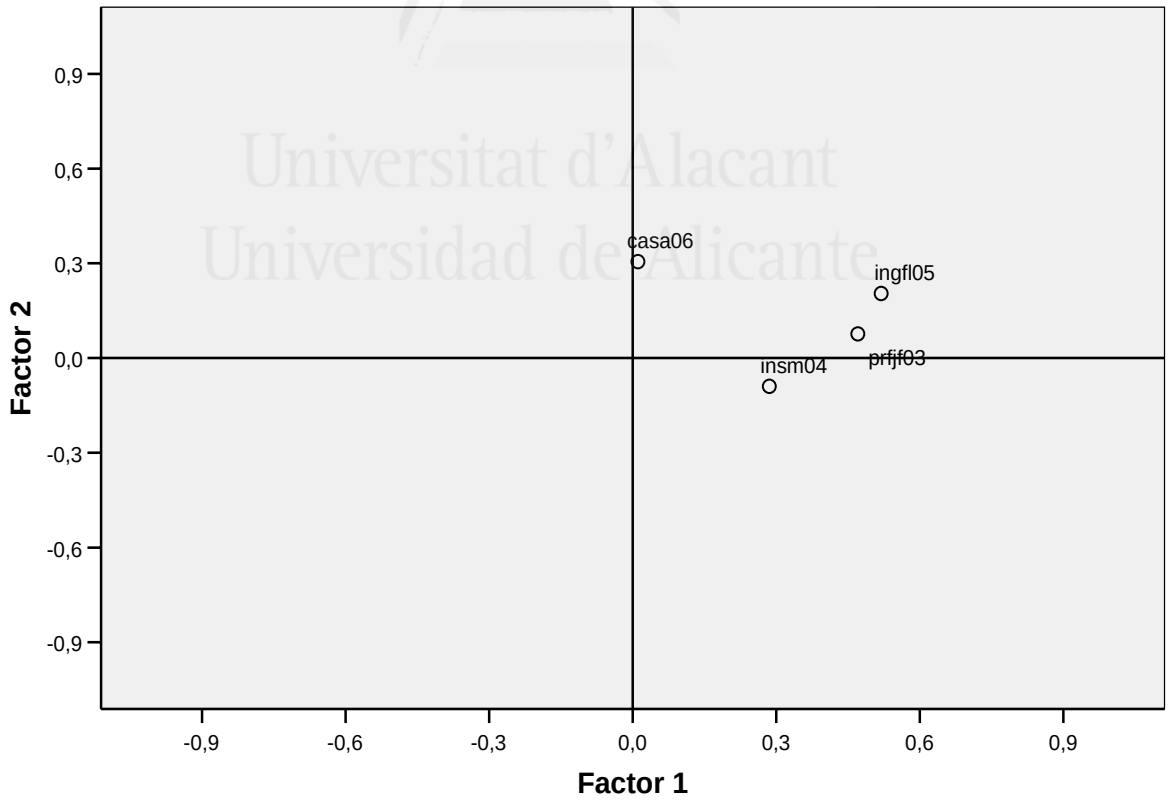
	Factor 1	**Factor 2**
Profesión jefe de familia	,471	,138
Nivel de instrucción de la madre	,278	-,052
Ingreso económico familiar	,527	,273
Condiciones de alojamiento de la vivienda	,029	,306

Tabla 36. Matriz factorial de componentes rotados (varimax) (continuación)

Variable	Comunalidad	Factor	Autovalor	% varianza	% acumulado
Profesión jefe de familia	,090	1	1,397	34,920	60,146
Nivel de instrucción de la madre	,026	2	1,009	25,226	
Ingreso económico familiar	,099				
Condiciones de alojamiento de la vivienda	,011				

Figura 10

Gráfico de saturaciones en espacio factorial rotado



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El análisis de componentes principales del cuestionario presenta dos factores rotados (siguiéndose el criterio de Kaiser), con un porcentaje de varianza

explicada de 60,14%. Se presenta una estructura clara que está conformada por dos factores; uno referente a las condiciones educativas-económicas de las personas que fungen como cabezas de familia, y otro representado por las condiciones de la vivienda.

a.2. Validez convergente- divergente

La validez convergente y divergente se estableció correlacionando las dimensiones del Graffar modificado con otros instrumentos como son los componentes del SF-36, el APGAR familiar y el Método de NBI empleándose las correlaciones de Pearson. De igual forma, se establecen relaciones con variables sociodemográficas como son edad, género, salario rural y presencia de enfermedades.

Tabla 37. Análisis relacional (r de Pearson) entre los ítems del Graffar modificado con el SF-36, APGAR familiar, Método NBI, variables de salud y sociodemográficas

Escalas	Profesión del jefe de familia	Nivel de instrucción de la madre	Fuente de ingreso principal de la familia	Condiciones de alojamiento de la vivienda
SF-36:				
Función física	-0,01	-0,08	0,11	0,08
Rol físico	-0,09	0,08	-0,19**	0,07
Dolor corporal	-0,04	-0,13*	0,11	0,01
Salud general	0,16*	-0,04	-0,01	-0,03
Vitalidad	0,06	-0,10	0,00	-0,11
Función social	0,02	-0,04	-0,02	-0,04
Rol emocional	-0,15*	-0,02	0,07	0,00
Salud mental	-0,20**	0,08	-0,03	-0,02
APGAR familiar	-0,14*	-0,04	-0,01	-0,14*
Método NBI	0,14*	0,03	0,12*	0,80**
Salario rural	-0,16*	-0,09	-0,07	0,15*
Presencia de enfermedades	0,14*	0,02	-0,16*	-0,03
Edad	0,05	0,27**	0,16*	-0,01
Género	0,10	-0.03	0,03	-0,05

* p<0,05; **p< 0,01

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Validez convergente: La correlación obtenida entre el Graffar y el SF-36 solo se observa estadísticamente significativa y con valores bajos entre la profesión del jefe de familia y la salud general. Las correlaciones obtenidas entre las variables del Graffar y el NBI son estadísticamente significativas para dos de las cuatro variables. La mayor correlación se obtiene con las condiciones de alojamiento, seguido en orden decreciente por el ingreso económico familiar; las variables profesión del jefe de familia y el nivel de instrucción de la madre no presentan correlaciones estadísticamente significativas con el Método NBI.

- Validez divergente: Las correlaciones son negativas y débiles entre las variables del Graffar y las escalas del SF-36 siendo estadísticamente significativas entre la profesión del jefe del hogar y la salud mental, seguida en forma decreciente por la fuente de ingreso principal familiar con el rol físico, profesión del jefe de la familia con salud general y con rol emocional respectivamente. De igual forma, las correlaciones obtenidas entre las variables del Graffar con el APGAR familiar son divergentes, y todo ello se debe a la medición de constructos totalmente diferentes.

Por otra parte, la relación entre el salario rural y las variables profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre y fuente de ingreso familiar son negativas, más no así entre el salario y las condiciones de la vivienda que es positiva y significativa. En relación con la presencia de enfermedades ésta correlaciona de forma positiva con la profesión del jefe de la familia y es estadísticamente significativa. La edad correlaciona positivamente con tres de las variables del Graffar (profesión del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre y fuente de ingreso familiar) siendo estadísticamente significativas en dos de ellas; la mayor correlación se obtiene con el nivel de instrucción de la madre (0,27), seguida en forma decreciente con la fuente de ingreso familiar (0,16). En relación al género no se observan correlaciones con las variables del Graffar, una de las posibles explicaciones de esta falta de correlación puede deberse a que la población es homogénea, es decir, se ubica en un solo estrato social (pobreza).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3.6.5. Propiedades métricas del Método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

3.3.6.5.1. Descripción de las respuestas del Método NBI

A continuación se presentan las frecuencias absolutas y los porcentajes de los valores que adoptan los diferentes ítems del instrumento, teniendo presente que está constituido por cinco dimensiones, a saber: tipo de vivienda, hacinamiento, disponibilidad de agua potable y eliminación de excretas, asistencia a la escuela en edad escolar y dependencia económica del jefe de familia teniendo presente su nivel educativo.

Tabla 38. Descripción a las respuestas de los ítems del Método NBI

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de vivienda	casa con paredes de bloque, piso de cemento y techo de zinc	25	12,5
	casa con déficit (paredes de bahareque o piso de tierra)	56	28,0
	rancho o vivienda con déficit elevado (pisos de tierra, paredes de bambú y tierra)	119	59,5
Hacinamiento	Menos de tres personas por habitación	168	84
	Más de tres personas por habitación (hacinamiento)	32	16
Disponibilidad de agua potable	Manguera conectada a quebradas y ríos (no se dispone de agua potable)	200	100
Disponibilidad de excretas	Váter y pozo séptico	62	31
	Excusado con hoyo y letrina	24	12
	No se dispone de ninguno	112	57
Acceso a la educación	Asistencia de los niños en edad escolar al colegio	131	93,5
	Niños en edad escolar que no asisten a la escuela (deserción escolar)	13	6,5
Capacidad económica	Dependientes	148	74
Dependientes económicamente del jefe del hogar	No dependientes	52	26

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La frecuencia de respuestas a los indicadores del Método NBI reflejan una carencia importante de las necesidades primordiales que deben estar cubiertas en el ser humano. Por tanto, las necesidades que deben estar satisfechas por un hogar para que su nivel de vida sea considerado digno, de acuerdo a los estándares planteados en la sociedad venezolana a la que pertenece esta población, no están cubiertas en el 100% de la población estudiada. En relación con el tipo de vivienda, el 59,5% vive en ranchos elaborados con pisos de tierra, paredes de barro (tierra y agua) o de bambú y techos de zinc o en su defecto de bambú y otros desechos; otro 28% presenta alguna carencia en su vivienda, como es el piso de tierra o las paredes de bahareque (bambú, arena amarilla, tierra y agua). Con respecto al número de personas por habitación, el 16% de la población vive en hacinamiento. En cuanto a la disponibilidad de servicios básicos, el 100% de la población no dispone de agua potable y el 57% no tiene disponibilidad de excretas. En relación con la escolaridad de los niños entre 6 y 14 años, un 6,5% de éstos no asisten al colegio. En la dependencia económica, el 26% de las familias dependen económicamente del jefe del hogar.

3.3.6.5.2. Variabilidad y distribución de las respuestas

A continuación se presentan los cuadros que contienen las 5 variables del Método NBI, las medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, y desviación estándar) (Tabla 39).

Tabla 39. Puntuaciones medias del Método NBI

N= 200	Condiciones de vivienda inadecuados (techo, piso, paredes)	Hacinamiento (número de personas por habitación)	Ausencia de disponibilidad de servicios básicos (agua y /o excretas)	Alta dependencia económica del jefe de hogar)	Inasistencia escolar (niños entre 6 y 14 años no escolarizados)
Media (DE)	4,47 (0,70)	3,16 (0,36)	3,57 (0,49)	1,74 (0,44)	1,07 0,24
Mediana	5	3	4	2	1

DE: desviación estándar

Las puntuaciones medias de las 5 variables muestran la distribución de la población en cada una de ellas. En cuanto a infraestructura de la vivienda que incluye número de habitaciones y disponibilidad de servicios básicos los valores son similares, excepto en condiciones de vivienda que presenta valores de 4,47. Otros aspectos como la dependencia económica y la asistencia escolar muestran valores más bajos (1,74 y 1,07) respectivamente, en comparación con los tres primeros, lo que significa que una buena parte de la población tiene estas necesidades cubiertas.

3.3.6.5.3. Análisis relacional

La fiabilidad a través de consistencia interna se determina siempre y cuando la variable sea una escala tipo Likert y si es un índice deberá presentar un recorrido escalar similar en cada uno de sus ítems, cuestión que no sucede con el instrumento. Por ello, no es recomendado determinar la congruencia interna u homogeneidad de un instrumento (Polit y Hungler, 1999). Por lo que se realiza la correlación de Spearman- Brown con la finalidad de obtener un valor que nos permita determinar los índices de homogeneidad del instrumento. En la tabla 40 se realiza un análisis relacional entre ítems y de éstos con la escala global empleando la correlación de Spearman.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 40. Análisis relacional (Spearman) entre los ítems del Método NBI

	Condiciones de la vivienda	Hacinamiento	Disponibilidad de servicios básicos	Dependencia económica	Inasistencia escolar
Condiciones de la vivienda	-				-
Hacinamiento	0,16*	-			
Disponibilidad de servicios básicos	0,66**	0,07	-		
Dependencia económica	0,03	0,25*	-0,05	-	
Inasistencia escolar	-0,03	-0,11	-0,05	-0,02	-
NBI	0,81**	0,48**	0,72**	0,39**	0,11

* p<0,05; **p< 0,01

Las correlaciones ínter items como se observa en la tabla 40 presenta correlaciones estadísticamente significativas aunque con valores bajos, la correlación más alta se observó entre la disponibilidad de servicios básicos y las condiciones de la vivienda (rango -0,02 a 0,66). De las cuatro variables representativas de la escala, la inasistencia escolar tuvo la correlación más baja (0,11) y el resto de las correlaciones resultaron optimas con rangos entre 0,39 y 0,81.

3.3.6.5.4. Validez

a) Validez de constructo

a.1. Análisis factorial

La matriz de correlaciones ofrece los siguientes resultados

Tabla 41. Matriz de correlaciones del Método NBI

	Condiciones de la vivienda	Hacinamiento	Disponibilidad de servicios básicos	Dependencia económica	Inasistencia escolar
Condiciones de la vivienda	-				
Hacinamiento	0,15	-			
Disponibilidad de servicios básicos	0,64	0,07	-		
Dependencia económica	0,03	0,25	-0,05	-	
Inasistencia escolar	-0,03	-0,11	-0,05	0,03	-

La matriz de correlaciones muestra que la mayoría de las variables no están relacionadas entre sí, pese a ello, la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), es de 0,500 por lo que las correlaciones entre los ítems pudiesen ser explicados por otras variables. Aunque son correlaciones bajas puede existir una estructura factorial subyacente para las variables que si muestran relación que se confirma con el test de esfericidad de Bartlett

produciendo un resultado de: 131,93; p< 0,000. Para examinar el número de factores componentes del cuestionario se realiza el análisis de componentes principales.

Tabla 42. Matriz factorial de componentes principales

	Factor 1	Factor 2	Factor 3		
Condiciones de la vivienda	,889	-,162	,105		
Hacinamiento	,357	,701	,057		
Disponibilidad de servicios básicos	,865	-,279	-,033		
Dependencia económica	-.120	,752	352		
Inasistencia escolar	-,139	-,323	919		
Variable	**Comunalidad**	**Factor**	**Autovalor**	**% varianza**	**% acumulado**
Condiciones de la vivienda	,816	1	1,700	33,996	33,260
Hacinamiento	,618	2	1,265	25,300	59,296
Disponibilidad de servicios básicos	,827	3	0,984	19,673	78,968
Dependencia económica	,580				
Inasistencia escolar	,124				

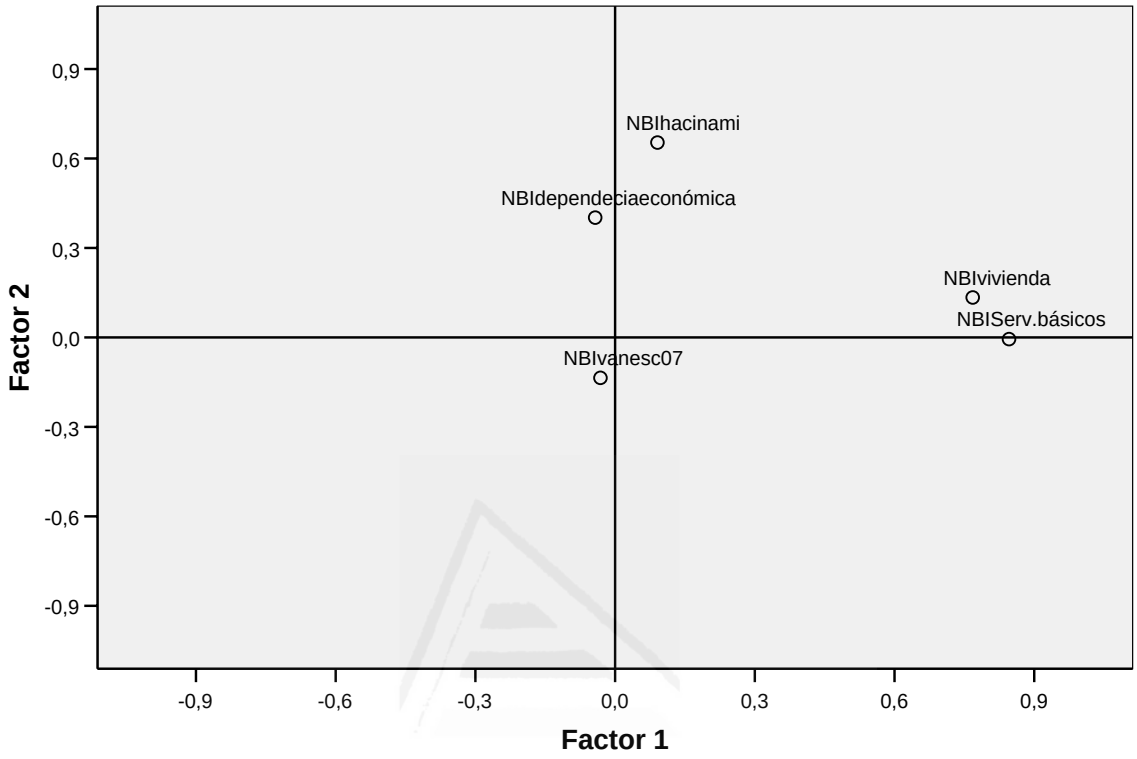
Tabla 43. Matriz factorial rotada. Rotación Varimax. Tres iteraciones

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Condiciones de la vivienda	**,902**	,111	,037
Hacinamiento	**,751**	,148	-,189
Disponibilidad de servicios básicos	**,907**	,045	-,058
Dependencia económica	-,081	,828	,106
Inasistencia escolar	-,006	-,050	**,982**

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Figura 11

Gráfico de saturaciones en espacio factorial rotado



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El análisis de componentes principales del cuestionario presenta tres factores no rotados (siguiéndose el criterio de Kaiser), con un porcentaje de varianza explicada del 59,9%. La rotación varimax de estos tres factores ofrece una estructura más clara: uno correspondiente a estructura de la vivienda (condiciones de vivienda y disponibilidad de servicios básicos); otro relacionado a las condiciones de las personas que habitan en la vivienda (hacinamiento y dependencia económica) y el último conformado por la variable inasistencia escolar que no se explica con ninguno de los dos primeros factores.

a.2. Validez convergente- divergente

La validez convergente y divergente se estableció correlacionando las variables del Método NBI con otros instrumentos como son los componentes del SF-36, el APGAR familiar y el Graffar modificado calculándose las correlaciones de Pearson. Así también, se establecen correlaciones con variables sociodemográficas como son edad, género, salario rural y con otras variables de salud.

Tabla 44. Análisis relacional (r de Pearson) entre los ítems del Método NBI con el SF-36, APGAR familiar, Graffar, variables de salud y sociodemográficas

Escala	Condiciones de la vivienda	Hacinamiento	Disponibilidad de servicios básicos	Dependencia económica	Inasistencia escolar
SF-36:					
Función física	0,08	-0,00	0,04	0,16*	0,05
Rol físico	0,07	-0,01	-0,01	0,16*	-0,04
Dolor corporal	0,01	-0,00	-0,05	0,12	-0,03
Salud general	-0,03	-0,06	-0,03	-0,08	-0,03
Vitalidad	-0,11	-0,07	-0,13	-0,04	-0,06
Función social	-0,04	0,02	-0,00	-0,00	-0,08
Rol emocional	0,00	-0,06	0,05	0,01	-0,00
Salud mental	-0,02	-0,08	-0,01	0,01	-0,03
APGAR familiar	-0,14*	0,09	-0,18**	0,08	0,05
Graffar modificado	0,47**	0,01	0,42**	0,13*	0,03
Ingreso económico familiar	0,10	-0,09	0,20**	0,16*	0,01
Edad	-0,01	-0,04	0,14	-0,06	-0,18*
Género	-0,05	-0.03	0,06	0,04	-0,17*
Estado civil	-0,10	0,01	-0,10	-0,20**	-0,18*
Nº de hijos	-0,01	0,11	-0,01	0,21**	-0,18**
Presencia de enfermedades (hídricas de piel, respiratorias)	0,10	0,09	0,20*	-0,09	0,08

* p<0,05; **p< 0,01

- Validez convergente: Las correlaciones obtenidas entre las variables del NBI y el Graffar son estadísticamente significativas para tres de las cuatro variables. La mayor correlación se obtiene con las condiciones de la vivienda, seguido en

orden decreciente por la disponibilidad de servicios básicos y la dependencia económica. Las variables hacinamiento e inasistencia escolar no presentan correlaciones estadísticamente significativas con el Graffar modificado.

- Validez divergente: Las correlaciones son negativas y débiles entre las variables del Método NBI con la mayoría de escalas del SF-36. De igual forma, las correlaciones obtenidas entre las variables del NBI con el APGAR familiar son negativas y débiles siendo estadísticamente significativas entre condiciones de la vivienda y disponibilidad de servicios básicos; ello se debe a que se están evaluando constructos diferentes.

Por otra parte, la relación entre el ingreso económico familiar y las variables condiciones de la vivienda, disponibilidad de servicios básicos, dependencia económica e inasistencia escolar son positivas, más no así entre la variable hacinamiento y el ingreso económico familiar que es negativa, sin embargo no son correlaciones estadísticamente significativas. En relación a la presencia de enfermedades, está relacionada de forma positiva con condiciones de la vivienda, hacinamiento y disponibilidad de servicios básicos siendo estadísticamente significativa en esta última, pero con valores bajos (0,20).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Con respecto a la variable nº de hijos se observa que la relación es positiva y estadísticamente significativa con la dependencia económica, más no así con la inasistencia escolar que se relaciona negativamente y con valores de significación similares. En relación a las variables edad, genero y estado civil las correlaciones, en su mayoría, son negativas y algunas de ellas estadísticamente significativas con valores bajos, una de las posibles explicaciones de estas bajas correlaciones puede deberse a que la población en su mayoría se clasificó como población con necesidades básicas insatisfechas en pobreza o pobreza extrema.

3.3.6.6. Descripción de la salud de la población de La Cruz empleando indicadores de morbilidad

a) Procesos patológicos:

La morbilidad que presentan los entrevistados se recogió a través de una serie de preguntas que representan un número de procesos patológicos comunes en la población, de acuerdo a la clasificación de patologías del MSDS (DSP02).

Tabla 45. Porcentajes de los procesos patológicos presentados en la comunidad de La Cruz durante el último año

Patologías	Casos	Porcentajes
Problemas de piel (dermatosis, escabiosis)	40	20
Cefalea	78	39
Hipertensión arterial	31	15,5
Patologías cardíacas	12	6
Diabetes	3	1,5
Patologías genitourinarias	14	7
Patologías ginecológicas/ urológicas	10	5
Patologías gástricas	6	3
Enfermedades hídricas	43	21,5
Enfermedades respiratorias	27	13,5
Enfermedades del sistema músculoesquelético (lumbago, ciática, dolor de espalda persistente)	71	35,5
Hernias, artrosis	18	9
Patologías relacionadas con el exceso de peso	4	2
Patologías relacionadas con el déficit de peso	27	13,5
Enfermedades psicosomáticas	4	2
Otras patologías	39	19,5

Dentro de las cinco primeras causas de morbilidad referidas por las personas se encuentran las relacionadas con el sistema músculoesquelético, seguido en orden decreciente por las cefaleas, enfermedades hídricas, enfermedades de la piel e hipertensión arterial.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 46. Enfermedades informadas durante el último año por la población

	n (%)	Media	t	p
Género				
Varones	104(65,4)	2,06	0,155	0,877
Mujeres	96(77,1)	2,04		
Total	200			
Edad	**n (%)**	**Media**	**F**	**p**
15-19 años	41(48,8)	2,41	7,647	0,000
20-39 años	97(70,1)	2,07		
40-59 años	49 (84;6)	1,71		
> de 59 años	13(87,8)	2,00		

De la población estudiada, el 71% ha presentado algún tipo de enfermedad en el último año. En total, enfermó durante el último año el 65,4% de los hombres y el 77,1% de las mujeres de la muestra total de las personas encuestadas observándose que son las mujeres las que más enferman, sin embargo, el género no ha ocasionado diferencias estadísticamente significativas en la media de enfermedades sufridas por las personas en el último año. En relación con la edad existen diferencias estadísticamente significativas, enferman más, la población de mayor edad en comparación con la de menor edad, del total de personas mayores de 59 años sólo dos de ellos no han enfermado en el último año seguido en orden decreciente por la población comprendida entre 40 y 59 años, la de 20 a 39 años y por último la de 15 a 19 años.

Tabla 47. Porcentaje de procesos patológicos presentados durante el último año por género

Procesos patológicos	Varones (n=104)	Mujeres (n=96)	X^2	P
Problemas de la piel (dermatosis, escabiosis, eczema)				
Si he tenido pero no he consultado	4,8	6,3	5,149	0,024
Si y fui al centro de salud	10,6	17,7		
No he tenido	84,6	76		

Tabla 47. Porcentaje de procesos patológicos presentados durante el último año por género (continuación)

Procesos patológicos	Varones (n=104)	Mujeres (n=96)	X^2	P
Cefalea/ Migraña				
Si he tenido pero no he consultado	15,4	9,4	0,832	0,363
Si y fui al centro de salud	14,4	29,2		
No he tenido	70,2	61,5		
Hipertensión				
Si he tenido pero no he consultado	-	-	34,838	0,000
Si y fui al centro de salud	6,7	19,8		
No he tenido	93	80,2		
Patologías cardíacas				
Si he tenido pero no he consultado	-	-	2,186	0,141
Si y fui al centro de salud	4,8	7,3		
No he tenido	95,2	92,7		
Diabetes				
Si he tenido pero no he consultado	-	-	1,700	0,194
Si y fui al centro de salud	1	2,1		
No he tenido	99	97,9		
Patologías genitourinarias				
Si he tenido pero no he consultado	1,0	-	8,210	0,005
Si y fui al centro de salud	7,7	4,2		
No he tenido	91,3	95,8		
Patologías ginecológicas/ urológicas				
Si he tenido pero no he consultado	-	-	0,067	0,796
Si y fui al centro de salud	4,8	5,2		
No he tenido	95,2	94,8		
Patologías gástricas (gastritis, ulcera de estomago o duodeno)				
Si he tenido pero no he consultado	-	-	13,199	0,000
Si y fui al centro de salud	1,0	5,2		
No he tenido	99	94,8		
Enfermedades hídricas				
Si he tenido pero no he consultado	12,5	2,1	5,522	0,020
Si y fui al centro de salud	6,7	20,8		
No he tenido	80,8	77,1		
Enfermedades respiratorias (asma, bronquitis, bronconeumonía)				
Si he tenido pero no he consultado	8,7	2,1	17,093	0,000
Si y fui al centro de salud	8,7	7,3		
No he tenido	82,7	90,6		

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 47. Porcentaje de procesos patológicos presentados durante el último año por género (continuación)

Procesos patológicos	Varones (n=104)	Mujeres (n=96)	X^2	P
Enfermedades del sistema músculo esquelético (lumbago, ciática, dolor de espalda)				
Si he tenido pero no he consultado	31,7	15,6	19,503	0,000
Si y fui al centro de salud	10,6	12,5		
No he tenido	57,7	71,9		
Enfermedades del sistema músculo esquelético (artrosis, artritis, hernias)				
Si he tenido pero no he consultado	-	-	0,518	0,047
Si y fui al centro de salud	8	3,1		
No he tenido	96	96,9		
Enfermedades relacionadas con la presencia de nervios e intranquilidad				
Si he tenido pero no he consultado	2,9	-	15,353	0,060
Si y fui al centro de salud	1,0	-		
No he tenido	-	-		
Enfermedades relacionadas con exceso de peso				
Si he tenido pero no he consultado	1,9	-	1,311	0,254
Si y fui al centro de salud	-	2,1		
No he tenido	98,1	97,9		
Enfermedades relacionadas con déficit de peso				
Si he tenido pero no he consultado	5	3,1	4,234	0,041
Si y fui al centro de salud	6	17,7		
Otras enfermedades				
Si he tenido pero no he consultado	2,9	2,1	0,014	0,904
Si y fui al centro de salud	3,8	5,2		
No he tenido	93,3	92,7		
No he tenido	93	79,2		

Al analizar el tipo de enfermedades que presentan las personas, encontramos que las mujeres presentan una mayor prevalencia de enfermedades de piel, cefaleas/migrañas, hipertensión, gástricas, hídricas y déficit de peso que los varones. Estos presentan una mayor incidencia de enfermedades genitourinarias, respiratorias y las relacionadas con el sistema músculoesquelético como dolor de espalda frecuente, lumbago, ciática, hernias y artrosis. No existen diferencias estadísticamente significativas por género al incluir cualquier otra enfermedad

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

padecida por los entrevistados que no se encontraba en el listado de enfermedades presentado.

b) Consumo de medicamentos y uso de los servicios de salud

El tipo de medicamentos que ha consumido la población se determinó tomando en cuenta las patologías probables presentes en la zona de acuerdo al informe DSP02 del MSDS.

Tabla 48. Porcentaje de consumo de medicamentos durante las últimas cuatro semanas por la comunidad

Medicamentos	% de consumidores de medicamentos respecto del total de la población n= 200
Analgésicos	31
Fármacos para problemas respiratorios	2
Fármacos para enfermedades de piel	6,5
Fármacos para enfermedades digestivas	7,0
Antiepilépticos	0,5
Antihipertensivos	11,5
Fármacos para enfermedades cardíacas	3
Fármacos para la diabetes	5,5
Ansiolíticos	0,5
Otros medicamentos	17

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Más de la mitad de la población estudiada (54%) manifiesta haber consumido algún tipo de medicamento, bien automedicado o indicado por un profesional de la salud, en estas últimas cuatro semanas. Los medicamentos más consumidos por la población han sido los analgésicos (31%), seguido en orden decreciente por los antihipertensivos (11,5%), fármacos para enfermedades digestivas (7%), para enfermedades de la piel (6,5%) y para la diabetes (5,5). Se observa un consumo de otros medicamentos en un 17% en los que se incluye los anticonceptivos orales.

Tabla 49. Porcentaje de consumo de medicamentos durante las últimas cuatro semanas (por género)

	Total (n=200)	% de varones (n=104)	% de mujeres (n=96)	X^2	p
Si ha consumido	108	45,2	63,5	1,280	0,258
No ha consumido	92	54,8	36,5		

No existen diferencias significativas en el consumo de medicamentos por género, sin embargo algo más de cuatro varones de cada diez reconoce haber consumido medicamentos en las últimas cuatro semanas, mientras que más de seis de cada 10 mujeres reconoce el consumo de medicamentos.

Tabla 50. Porcentaje de consumo de medicamentos durante las últimas cuatro semanas (por edad)

Consumo de medicamentos	Total (n=200)	15-19 (n=41)	20-39 (n=97)	40-59 (n=49)	>59 (n=13)	X^2	p
Si	108	56,1	57,7	40,8	69,2	45,556	0,000
No	92	43,9	42,3	59,2	30,8		

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Se observa que a medida que aumenta la edad se tiende a incrementar el consumo de medicamentos, excepto en la población de 40 a 59 años donde se observa una bajo consumo en comparación con el resto de la población estudiada.

Tabla 51. Porcentaje de consumo durante las últimas cuatro semanas (por tipo de medicamento y género)

	Varones		Mujeres			
	Si	No	Si	No	X^2	p
Analgésicos	26,9	73,1	35,4	64,6	28,88	0,000
Fármacos para problemas respiratorios	2,9	97,1	1,0	99	184,3	0,000
Fármacos para enfermedades de piel	4,8	95,2	8,3	91,7	151,38	0,000
Fármacos para enfermedades digestivas	4,8	95,2	9,4	90,6	147,92	0,000
Antiepilépticos	-	100	1,0	99	-	-
Antihipertensivos	8,7	91,3	14,6	85,4	118,58	0,000
Fármacos para enfermedades cardíacas	4,8	95,2	1,0	99	176,72	0,000
Fármacos para la diabetes	1,0	99	1,0	99	192,08	0,000
Fármacos para problemas ginecológicos	5,8	94,2	5,2	94,8	158,42	0,000
Urológicos						
Fármacos para dormir/ ansiolíticos	0,5	99,5	-	100	-	-
Otros medicamentos	7,8	92,3	27,1	72,9	780,28	0,000

De los 10 tipos de fármacos consultados, existen diferencias estadísticamente significativas en cada uno de ellos debido al género. Son las mujeres las que más consumen medicamentos en comparación con los varones, excepto en el consumo de fármacos para enfermedades cardíacas donde son los varones los que más consumen a pesar de ser ellas las que presentan un mayor número de patologías de este tipo. La diferencia observada en el consumo de otros fármacos puede deberse al consumo de anticonceptivos orales por parte de las mujeres.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3.6.7. Descripción de los estilos de vida de la población

Al realizar el listado de las actividades físicas, de descanso y recreativas, se tomó en cuenta el espacio geográfico donde viven las personas encuestadas y así poder recabar información clara y precisa acerca de las actividades que realizan.

a) Actividades físicas (ejercicio físico y deporte)

Las cuestiones relacionadas a la actividad física de las personas se centran en preguntar el número de veces a la semana que dedican de su tiempo a realizar alguna actividad deportiva (caminar como deporte, correr y juegos de pelota).

Tabla 52. Porcentaje de actividades físicas semanales (por género)

	Total (n = 200)	Varones (n = 104)	Mujeres (n = 96)	X^2	p
Nunca	6,5	-	13,5	134,280	0,000
1 a 2 veces semanal	14	15,4	12,5		
3 a 5 veces semanal	20	16,3	24		
Más de 5 veces semanal	59,5	68,3	50		

En el tiempo dedicado a la actividad física durante la semana, se observa que existe una diferencia estadísticamente significativa por género, siendo los hombres los que mayor tiempo dedican a hacer algún tipo de deporte durante la semana, mientras que el 13,5% de las mujeres no realiza ninguna tipo de actividad de este estilo.

Tabla 53. Porcentaje de actividades físicas semanales (por edad)

	Total (n=200)	15-19 (n=41)	20-39 (n=97)	40-59 (n=49)	>59años (n=13)	X^2	p
Nunca	6,5	4,9	11,3	-	-	73,200	0,000
1-2 veces semanal	14	7,3	8,2	24,5	38,5		
3-5 veces semanal	20	12,2	16,5	26,5	46,2		
Más de 5 veces semanal	59,5	75,6	63,9	49,0	15,4		

Al considerar la actividad física por grupos de edad, se observan diferencias estadísticamente significativas. La población de mayor edad (> de 40 años) realiza semanalmente alguna de estas actividades, mientras que la población que no realiza ninguna actividad física se concentra en los de 15 a 39 años de edad en un 6,5%.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

b) Actividades de descanso

Las cuestiones relacionadas a las actividades de descanso de las personas se centran en la cantidad de horas que descansa durante la noche.

Tabla 54. Porcentaje de horas de descanso nocturno (por género)

	Total (n = 200)	Varones (n = 104)	Mujeres (n = 96)	X^2	p
menos de 6 horas	1	1,9	-	101,770	0,000
6 - 7 horas	41,5	44,2	38,5		
8- 12 horas	57,5	53,8	61,5		

El 57,5% de la población encuestada tiene un descanso nocturno entre 8 y 12 horas diarias; las mujeres duermen más que los varones existiendo diferencias estadísticamente significativas. Más de uno de cada 10 hombres duerme menos de seis horas, mientras algo más de seis de cada 10 mujeres duerme más de 8 horas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 55. Porcentaje de horas de descanso nocturno (por edad)

	Total (n=200)	15-19 (n=41)	20-39 (n=97)	40-59 (n=49)	>59años (n=13)	X^2	p
menos de 6 horas	1	-	-	4,1	-	73,900	0,000
6 - 7 horas	41,5	39,0	50,5	36,7	-		
8 - 12 horas	57,5	61,0	49,5	59,2	100		

Al analizar el tiempo dedicado a dormir por grupos de edad, se observan diferencias estadísticamente significativas. Las personas de edad superior a los 59 años son los que más horas descansan, seguido en orden decreciente por la

población de 15 a 19 años en un 61%, los de 40 a 59 años con un 59,2% y por último la población con edad entre 20 y 39 años representado por un 49,5%, y un mínimo porcentaje (4,1%) de la población con edad entre 40 y 59 años son los que menos horas dedican al descanso nocturno.

c) Hábitos de higiene personal

Las cuestiones relacionadas con la higiene personal se centran en la higiene bucal y el baño diario.

Tabla 56. Porcentaje de cepillado dental (por género)

	Total (n = 200)	Varones (n = 104)	Mujeres (n = 96)	X^2	p
Nunca	2	1	3,1	0,320	0,572
Algunas veces	2,5	4,8	-		
Una vez al día	63,5	65,4	61,5		
Dos veces día	26,5	26	27,1		
Más de dos veces al día	5,5	2,9	8,3		

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En relación al cepillado dental, no existen diferencias estadísticamente significativas. El 63,5% se realiza el cepillado dental una vez al día; sólo un 5,5% lo realiza después de cada comida.

Tabla 57. Porcentaje de cepillado dental (por edad)

	Total (n=200)	15-19 (n=41)	20-39 (n=97)	40-59 (n=49)	>59años (n=13)	X^2	p
Nunca	2	-	2,1	-	15,4	73,200	0,000
Algunas veces	2,5	2,4	2,1	4,1	-		
Una vez al día	63,5	51,2	57,7	79,6	84,6		
Dos veces al día	26,5	26,8	35,1	16,3	-		
Después de cada comida	5,5	19,5	3,1	-	-		

Existe diferencia estadísticamente significativa por grupos de edad en relación al cepillado dental. Las personas en su mayoría (63,5%) se cepillan una vez al día. La población de mayor edad (>59 años) son los que no emplean el cepillado dental seguido por una minoría de personas con edad entre 40 y 59 años. Los adolescentes son los que con mayor frecuencia emplean el cepillado dental. Sin embargo, apenas 5 de cada 10 personas realizan una higiene bucal después de cada comida.

Tabla 58. Porcentaje del baño semanal (por género)

	Total (n = 200)	**Varones (n = 104)**	**Mujeres (n = 96)**	**X^2**	**p**
2-3 veces semanal	3	2,9	1	325,990	0,000
4-6 veces semanal	5	4,8	4,2		
Todos los días	96	92,3	94,8		

En relación a la frecuencia de baño semanal sí existen diferencias estadísticamente significativas por género. El 96% de la población realiza el baño diario; una minoría de la población lo realiza algunos días de la semana.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 59. Porcentaje del baño semanal (por edad)

	Total (n=200)	**15-19 (n=41)**	**20-39 (n=97)**	**40-59 (n=49)**	**>59años (n=13)**	**X^2**	**p**
2-3 veces semanal	2	-	2,1	-	15,4	95,200	0,000
4-6 veces semanal	4,5	4,9	7,2	-	-		
Todos los días	93,5	95,1	90,7	100	84,6		

Al analizar la frecuencia de baño semanal teniendo en cuenta la edad, encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas, las personas que presentan una menor frecuencia en cuanto a la higiene corporal son las de

mayor edad, sin embargo la mayoría de la población encuestada realiza una higiene de su cuerpo diariamente.

d) Actividades del tiempo libre

Se consideraron las cuestiones relacionadas con las actividades recreativas que realizan las personas durante su tiempo libre, excluyendo las actividades deportivas.

Tabla 60. Porcentaje de actividades recreativas (por género)

	Total (n = 200)	Varones (n = 104)	Mujeres (n = 96)	X^2	p
Casi nunca	8,5	1,9	15,6	168,970	0,011
Algunas veces	76,5	73,1	80,2		
Casi siempre	15	25	4,2		

Al analizar las actividades recreativas que realiza la población, se observan diferencias estadísticamente significativas por género. Las mujeres casi nunca se dedican a realizar actividades recreativas en comparación con los varones, que las realizan con mayor frecuencia.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 61. Porcentaje de actividades recreativas (por edad)

	Total (n=200)	15-19 (n=41)	20-39 (n=97)	40-59 (n=49)	>59años (n=13)	X^2	p
Casi nunca	8,5	4,9	10,3	2,0	30,8	73,200	0,000
Algunas veces	76,5	65,9	73,2	93,9	69,2		
Casi siempre	15	29,3	16,5	4,1	-		

Al considerar las actividades que realizan las personas en el tiempo libre teniendo en cuenta la edad, existen diferencias estadísticamente significativas entre la población estudiada. Más de un tercio, manifiesta que algunas veces realiza determinadas actividades en el tiempo libre tales como reunirse con la

familia, amigos, vecinos, así como también se dedican a actividades de ocio como ver y oír medios audiovisuales (TV y radio), a pasear, a leer, a actividades religiosas, a jugar por diversión y a reunirse con los amigos para jugar o beber.

e) Consumo de sustancias nocivas

Entre las cuestiones consideradas dentro del consumo de sustancias nocivas se encuentran el consumo de cigarro, chimó y de bebidas alcohólicas tomando en cuenta la realidad social que existe en la zona.

Tabla 62. Porcentaje de consumo de cigarro (por género)

	Total (n = 200)	% Varones (n = 104)	%Mujeres (n = 96)	X^2	p
Si, en la actualidad fuma	9	12,5	5,2	76,810	0,000
Actualmente no fuma pero ha fumado	31,5	51	10,4		
Nunca ha fumado	59,5	36,5	84,4		

De la población que manifiesta fumar o haber fumado el 100% expone que ha fumado sólo cigarro. En relación al consumo de cigarros el 59,5% reconoce que nunca ha fumado. Se observa una diferencia estadísticamente significativa en el consumo por género, casi nueve de cada 10 mujeres nunca han consumido cigarro, mientras que solo 4 de cada 10 varones no lo han consumido. En la actualidad un 12,5% de varones consumen cigarro frente a un 5,2% de mujeres consumidoras.

Tabla 63. Porcentaje de consumo de cigarro (por edad)

	Total (n=200)	15-19 (n=41)	20-39 (n=97)	40-59 (n=49)	>59años (n=13)	X^2	p
Si, en la actualidad fuma	9	9,8	10,3	8,2	-	36,927	0,000
Actualmente no fuma pero ha fumado	31,5	12,2	27,8	63,3	-		
Nunca ha fumado	59,5	78	61,9	28,6	100		

Por edad encontramos diferencias estadísticamente significativas. El 100% de la población de mayor edad (>59 años) nunca ha consumido cigarro; la población que más consume cigarro en la actualidad es la de edad de 20 a 39 años seguida en orden decreciente por la de 15 a 19 años y la de 40 a 59 años de edad.

Tabla 64. Porcentaje de consumo de chimó (por género)

	Total (n = 200)	**Varones (n = 104)**	**Mujeres (n = 96)**	**X^2**	**p**
Si, en la actualidad consume chimó	37	57,7	14,6	76,210	0,000
Actualmente no consume pero ha consumido	6,5	9,6	3,1		
Nunca ha consumido chimo	56,5	32,7	82,3		

Cerca del 57% nunca ha consumido chimó; sin embargo, casi siete de cada 10 personas reconocen que han consumido en alguna oportunidad chimó. Se observa una diferencia significativa por género, más de la mitad de la población de varones consumen chimó en la actualidad (57,75), el porcentaje de mujeres consumidoras es más bajo (14,6%).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 65. Porcentaje de consumo de chimó (por edad)

	Total (n=200)	**15-19 (n=41)**	**20-39 (n=97)**	**40-59 (n=49)**	**>59años (n=13)**	**X^2**	**p**
Si, en la actualidad consume	37	26,8	41,2	36,7	38,5	34,041	0,000
Actualmente no consume chimó pero ha consumido	6,5	2,4	6,2	8,2	15,4		
Nunca ha consumido chimó	56,5	70,7	52,6	55,1	46,2		

Por edad encontramos que los mayores consumidores de chimó son las personas de 20 a 39 años, seguido en orden decreciente por los mayores de 59 años. Los que menos chimó consumen es la población más joven; este grupo

representa el 26,8% de consumidores de chimó, por lo que se observa diferencia estadísticamente significativa entre la población en el consumo de chimó por edad.

Tabla 66. Porcentaje de consumo de bebidas alcohólicas (por género)

	Total (n = 200)	Varones (n = 104)	Mujeres (n = 96)	X^2	p
Varias veces al mes	39,5	64,5	12,5	62,654	0,001
Casi nunca o nunca	60,5	35,6	87,5		

El 39,5% de la población reconoce haber consumido alcohol con determinada frecuencia (varias veces al mes) en este último año. Existe una diferencia estadísticamente significativa por género en el consumo de alcohol. Casi siete de cada 10 varones consumen alcohol (64,5%) y solo una de cada 10 mujeres lo consume. El 87,5% de la población de mujeres manifiestan que nunca o casi nunca han consumido alcohol, mientras que la abstinencia de alcohol por parte de los varones es más baja, 35,6%.

Tabla 67. Porcentaje de consumo de bebidas alcohólicas (por edad)

	Total (n=200)	15-19 (n=41)	20-39 (n=97)	40-59 (n=49)	>59años (n=13)	X^2	p
Varias veces al mes	39,5	41,5	44,3	38,8	-	8,820	0,000
Casi nunca o nunca	60,5	58,5	55,7	61,2	100		

Por edad encontramos diferencias estadísticamente significativas. La población de mayor edad nunca o casi nunca ha consumido alcohol; la población que más consume alcohol en la actualidad es la de edad de 20 a 39 años seguida por la de 15 a 19 años. No existe una relación en este estudio de la edad con el consumo de alcohol; por el contrario, es la población de menor edad la que más consume alcohol durante el mes.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

f) Hábitos alimentarios de la población

Las cuestiones relacionadas al consumo de alimentos se determinaron tomando en cuenta los grupos básicos de alimentos determinados por el Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela.

Tabla 68. Porcentaje de consumo de los grupos básicos de alimentos por la población

	Cereales, legumbres y derivados	**Carnes rojas, blancas y derivados**	**Lácteos y derivados**	**Frutas y hortalizas**	**Azúcar, sal y similares**
Nunca	-	31,5	4,5	-	-
Casi nunca	-	59,0	63	29	1,5
Una vez por semana	17,5	7,5	31,5	65	-
Varias veces por semana	74,0	2	1	6	-
Todos los días	8,5	-	-	-	98,5

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Si consideramos la frecuencia de consumo de los grupos básicos de alimentos se observa que la población en conjunto lo que consume con mayor frecuencia son los cereales y sus derivados como es la harina de trigo, y arroz, así como también las legumbres como las caraotas y quinchoncho, el 74% se alimenta con ellos varias veces a la semana y el 8,5% lo consume todos los días. El consumo de la proteína animal es muy bajo; un importante 31,5% de la población no la consume y sólo un 2% la consume varias veces a la semana. Los lácteos y sus derivados de igual forma son poco consumidos por la población; un 31,5% los consume una vez por semana y un 67,5% de la población casi nunca o nunca. En relación a las frutas y hortalizas, existe un déficit similar en su consumo; el 65% los consume una vez a la semana y el 29% casi nunca se alimenta de ellas. En general se considera que existe un déficit nutricional elevado por parte de la población en el consumo de los grupos básicos de alimentos.

3.4. ESTUDIO 3

3.4.1. Objetivos

I. Comparar el desarrollo social de las poblaciones de Escalera y Miraflores a través de los indicadores de desarrollo sociocomunitario.

II. Comparar el desarrollo social de las poblaciones de Escalera y Miraflores a través de la calidad de vida general utilizando la escala de Graffar modificado, el Método NBI y el APGAR familiar.

III. Examinar y comparar los hábitos y estilos de vida de las poblaciones de Escalera y Miraflores.

IV. Examinar y comparar la salud de las poblaciones de Escalera y Miraflores a través de indicadores clásicos epidemiológicos.

V. Comparar la salud de las poblaciones de Escalera y Miraflores a través de la calidad de vida relacionada con la salud, empleando el cuestionario de salud SF-36.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.4.2. Población y muestra

El censo del año 2001 de Venezuela nos aporta una distribución de la población por grandes grupos de edades y por género. Sin embargo, el censo elaborado por el MSDS (2002) nos aporta información más desglosada por género y grupos de edad establecidos por este Ministerio. Por tal motivo, se utilizó el registro del censo nacional para determinar el universo poblacional; el tamaño muestral y la muestra poblacional se determinó empleando la información aportada por el MSDS y por los censos elaborados en las comunidades; en la comunidad de Escalera el censo se obtuvo a través del Ambulatorio de la parroquia. En la comunidad de Miraflores I y II, el censo se obtuvo a través de la colaboración de docentes y estudiantes que aportaban información de sus casas

y del número de personas por vivienda. Además se utilizaron mapas elaborados por estudiantes de enfermería y medicina, auxiliares de medicina simplificada, docentes y por las diferentes comunidades.

El Municipio Andrés Eloy Blanco presenta una población total de 42.067 habitantes, de los cuales 24.778 pertenecen a la población con edad de 15 y más años. Las poblaciones a estudiar pertenecientes al Municipio son las comunidades de Escalera y Miraflores. La comunidad de Escalera perteneciente a la parroquia Yacambú presenta una población de 450 habitantes mayores de 15 años y la comunidad de Miraflores perteneciente a la parroquia Quebrada Honda de Guache cuenta con 312 habitantes mayores de 15 años distribuidos en los sectores de Miraflores I y II. Las muestras representativas están constituidas por 207 habitantes de Escalera y 220 de Miraflores. En total el conjunto de personas de las comunidades que participaron en el estudio estuvo conformada por 427 personas que representaron los diferentes sectores de las comunidades. Los criterios de inclusión empleados fueron que las personas tuviesen edad igual y superior a 15 años y que no presentaran un proceso patológico mental o físico grave.

La extracción de la muestra fue por rutas consecutivas. La unidad de muestreo fue la vivienda. De entre los habitantes se elegía a aquella que cumpliera con los criterios de inclusión, estratificándola por género y grupos de edad, con afijación proporcional. Para reducir riesgos de selección se siguió una formula que se detalla seguidamente:

$$n = \frac{z^2 \times p \times q \times N}{N \times E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

$E = 0{,}05$

$Z = 1{,}96$

$p = 0{,}5$

$q = 0{,}5$

N= población censada por comunidad.

Tabla 69. Censo poblacional del Municipio Andrés Eloy Blanco por grandes grupos de edad y por género)

N= 42067	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
< de 15 años	8.884	39,79	8.405	42,58	17.289	41,10
15-64 años	12.575	56,31	10.703	54,23	23.278	55,34
> de 65 años	871	3,90	629	3,19	1500	3,57

Fuente: Censo Nacional (2001)

Tabla 70. Población del Municipio Andrés Eloy Blanco estratificado por grupos de edad y género

N= 24.778	Total		Varones		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
15- 24años	8490	34,26	4591	18,53	3899	15,73
25-34 años	5901	23,81	3114	12,56	2787	11,25
35-49 años	5995	24,19	3269	13,19	2726	11
50- 64 años	2892	11,67	1601	6,46	1291	5,21
> 65 años	1500	6,05	871	3,51	629	2,53

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Determinación de la muestra de la comunidad Escalera y Miraflores I y II

$$n = \frac{3{,}8416 \times 0{,}5 \times 0{,}5 \times 450}{450 \times 2.5^{-3} + 3{,}8416 \times 0{,}5 \times 0{,}5} = \frac{432{,}18}{2{,}0854} = 207$$

$$\left.\begin{aligned} n &= \frac{3{,}8416 \times 0{,}5 \times 0{,}5 \times 187}{187 \times 2.5^{-3} + 3{,}8416 \times 0{,}5 \times 0{,}5} = \frac{179{,}59488}{1{,}4279} = 126 \\ n &= \frac{3{,}8416 \times 0{,}5 \times 0{,}5 \times 125}{125 \times 2.5^{-3} + 3{,}8416 \times 0{,}5 \times 0{,}5} = \frac{120{,}05}{1{,}279} = 94 \end{aligned}\right\} \text{Miraflores I y II}$$

Tabla 71. Muestra poblacional de la comunidad de Escalera

N= 24.778	Escalera			
	Varones		Mujeres	
N Escalera= 450	n	%	n	%
15- 24años	38	18,53	33	15,73
25-34años	26	12,56	23	11,25
35-49 años	27	13,19	23	11
50 -64 años	14	6,46	11	5,21
> 65 años	7	3,51	5	2,53

Tabla 72. Muestra poblacional de la comunidad de Miraflores

N= 24.778	Miraflores I				Miraflores II			
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres	
N Miraflores=312	n	%	n	%	n	%	n	%
15- 24años	23	18,53	20	15,73	17	18,53	15	15,73
25-34años	16	12,56	14	11,25	12	12,56	11	11,25
35-49 años	17	13,19	14	11	12	13,19	10	11
50 -64 años	8	6,46	7	5,21	6	6,46	5	5,21
> 65 años	4	3,51	3	2,53	3	3,51	3	2,53

Como se puede observar (tabla 71 y 72) la muestra del estudio es representativa de la población en términos de edad y género (tabla 70).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.4.3. Instrumentos de medida

La batería de instrumentos quedó constituida como sigue: Presentación, el cuestionario de Graffar modificado, la escala del Método de Necesidades Básicas Insatisfechas, el cuestionario SF-36 validado en Venezuela, ítems relacionados con hábitos de salud y estilos de vida, ítems relacionados con estado de salud, la escala de APGAR familiar, cuestiones relacionadas con los programas de salud y los datos sociodemográficos. El cuadernillo consta de 26 páginas (anexo 4) y fue administrado durante un tiempo promedio de 50 minutos por los entrevistadores en cada una de las viviendas de las personas colaboradoras. El tiempo empleado para la aplicación del instrumento es un promedio determinado entre los dos entrevistadores, teniendo presente que se obviaron algunas preguntas como por ejemplo, las referentes a condiciones de vivienda ya que se observaban al entrar en contacto con ellas.

3.4.4. Procedimiento

Previo al inicio de las entrevistas se contrató a una persona (JG), para que colaborara en la recolección de la información. La persona seleccionada es una estudiante universitaria de la carrera de educación integral y además procedente del mismo Municipio. Se realizó una reunión entre la investigadora principal y la colaboradora del proyecto, para aunar criterios y clarificar dudas. Durante el desarrollo del trabajo se siguieron manteniendo reuniones aclaratorias.

Se diseñó un estudio observacional, de corte transversal, mediante la cumplimentación del cuadernillo con los instrumentos ya citados. Para la recolección de la muestra se enumeraron las casas, y en cada una de ellas se les informaba del objeto del estudio, el tipo de colaboración que se necesitaba de ellos y la confidencialidad de la información. Seguidamente se solicitaba el consentimiento informado para participar. A quienes aceptaban a colaborar, se les administraba la batería procurando hacerlo en un lugar de la vivienda donde sólo se encontrara el entrevistador y la persona encuestada, para así evitar la intervención de otro miembro de la familia y evitar sesgos introducidos por la

situación de entrevista. Para realizar la selección del número de personas por vivienda tomando en cuenta el criterio de estratificación por edad, se realizaba un registro diario para determinar que personas de que edad y género era necesario continuar encuestando y tener una muestra representativa de la población.

La batería fue aplicada durante el transcurso del día (8am a 8pm). En la comunidad de la Escalera se aplicaron dos baterías por familia y cada cinco casas se aplicaba solo una; es decir, se aplicaba solo a una persona del grupo familiar, tomando en cuenta que en la comunidad existen 115 casas habitadas. Las viviendas enumeradas con el número 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100, 105, 110 y 115 se aplicó una batería al miembro del grupo familiar que deseara participar en el estudio. En la comunidad de Miraflores, como está dividida en dos grandes sectores se encuestaron 51 casas en Miraflores I, dividiéndolo en casas con números pares e impares, en las casas con número par se encuestaron a 3 personas y en las de número impar a dos personas. En la comunidad de Miraflores II existen 82 casas habitadas por lo que se encuestó a una persona por cada grupo familiar y cada 7 casas encuestadas se aplicó una batería más; por tanto, en las casas asignadas con los números 1, 7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56, 63, 70 y 77 se administraron dos baterías por familia. La justificación de la realización de la muestra bajo esta modalidad, como se explicó anteriormente se debe a la escasa información existente de las comunidades, de la ausencia de un censo por comunidad, y del desplazamiento por época de las familias a otras comunidades para trabajar.

3.4.5. Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos ha sido realizado mediante el programa estadístico SPSS para Windows, versión 12.0. Se han aplicado pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas dependiendo de la situación de las variables a estudiar. Las variables cuantitativas han sido descritas como media y desviación estándar. Las diferencias estadísticas entre las poblaciones se determinaron a través de X^2 y pruebas T para muestras independientes. Los

niveles de significación estadística aceptadas han sido del 1 y 5% respectivamente (p<0,05- p<0,01).

3.4.6. Resultados

3.4.6.1. Descripción sociodemográfica de la muestra de las comunidades de Escalera y Miraflores

A continuación se presentan las frecuencias absolutas (Fr) y los porcentajes de los valores que adoptan las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel educativo, cantidad de hijos, religión que práctica y disponibilidad económica del entrevistado).

Tabla 73. Descripción de la muestra de las comunidades de Escalera y Miraflores (n= 427)

		Fr	%	X^2	p
GÉNERO:					
ESCALERA	Varones	110	53,14	1,707	0,191
	Mujeres	97	46,85		
MIRAFLORES	Varones	117	51,53		
	Mujeres	103	45,37		
EDAD:				**t**	**p**
ESCALERA	Media:	35,17		0,28	0,775
	Mediana:	32			
	D.T:	16,77			
	Recorrido:	15 – 99			
MIRAFLORES	Media:	34,72			
	Mediana:	31			
	D.T:	15,82			
	Recorrido:	15 – 85			
EDAD POR ESTRATOS		**Fr**	**%**		
ESCALERA	de 15-19 años	47	22,7		
	de 20-39 años	86	41,5		
	de 40-59 años	53	25,6		
	>59 años	21	10,1		
MIRAFLORES	de 15-19 años	46	20,9		
	de 20-39 años	107	48,6		
	de 40-59 años	33	15,0		
	>59 años	34	15,5		

(1) X^2 se ha calculado agrupando los porcentajes con valor inferior a 5% en una única categoría.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 73. Descripción de la muestra de las comunidades de Escalera y Miraflores (n= 427) (continuación)

		Fr	%	X^2	p
ESTADO CIVIL(1)					
ESCALERA	Soltero/a	59	28,5	137,824	0,000
	Soltero/a con pareja	95	45,9		
	Casado/a	46	22,2		
	Divorciado/a	1	0,5		
	Divorciado/a con pareja	-	-		
	Viudo/a	6	2,9		
	Viudo/a con pareja	-	-		
MIRAFLORES	Soltero/a	56	25,5		
	Soltero/a con pareja	94	42,7		
	Casado/a	59	26,8		
	Divorciado/a	3	1,4		
	Divorciado/a con pareja	3	1,4		
	Viudo/a	4	1,8		
	Viudo/a con pareja	1	0,5		
NIVEL EDUCATIVO(1)					
ESCALERA	Ninguno	51	24,6	293,941	0,000
	Primaria incompleta	67	32,4		
	Primaria completa	37	17,9		
	Secundaria incompleta	35	16,9		
	Secundaria completa	15	7,2		
	Técnico Superior incompleto	1	0,5		
	Técnico Superior completo	-	-		
	Universitaria completa	1	0,5		
MIRAFLORES	Ninguno	110	16,5		
	Primaria incompleta	77	46,5		
	Primaria completa	17	21		
	Secundaria incompleta	9	15,5		
	Secundaria completa	1	0,5		
	Técnico Superior incompleto	-	-		
	Técnico Superior completo	4	1,8		
	Universitaria Completa	2	0,9		
Nº DE HIJOS					
ESCALERA	0 hijos	52	25,1	10,049	0,018
	de 1-2 hijos	57	27,5		
	de 3-4 hijos	40	19,3		
	5 y más hijos	58	28		
MIRAFLORES	0 hijos	43	19,5		
	de 1-2 hijos	48	21,8		
	de 3-4 hijos	53	24,1		
	5 y más hijos	76	34,5		
RELIGIÓN					
ESCALERA	Católica	115	55,6	52,852	0,000
	Evangélica	26	12,6		
	Ninguna religión	66	31,9		
MIRAFLORES	Católica	80	36,4		
	Evangélica	49	22,3		
	Ninguna religión	91	41,4		

(1) X^2 se ha calculado agrupando los porcentajes con valor inferior a 5% en una única categoría.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 73. Descripción de la muestra de las comunidades de Escalera y Miraflores (n= 427) (continuación)

		Fr	%	X^2	p
OCUPACIÓN					
ESCALERA	Docente	8	3,9	428,047	0,000
	Estudiante	18	8,7		
	Obrero especializado con primaria completa	4	1,9		
	Obrero no especializado con primaria incompleta	100	48,3		
	Ama de casa/ oficios del hogar	77	37,2		
MIRAFLORES	Docente	2	0,9		
	Estudiante	18	8,2		
	Obrero especializado con primaria completa	-	-		
	Obrero no especializado con primaria incompleta	105	47,7		
	Ama de casa/ oficios	95	43,2		
DISPONIBILIDAD ECONÓMICA (1)					
ESCALERA	> a 100.000 Bs.	34	16,4	184,378	0,000
	101.000 - 150.000 Bs.	39	18,8		
	1510000- 200.000 Bs.	57	27,5		
	201.000 - 350.000 Bs.	58	28,0		
	351.000 - 500.000 Bs.	15	7,2		
	> a 501.000 Bs.	4	1,9		
MIRAFLORES	> a 100.000 Bs.	38	31		
	101.000 -150.000 Bs.	87	14,5		
	1510000 - 200.000 Bs.	65	23		
	201.000 - 350.000 Bs.	27	29		
	351.000 - 500.000 Bs.	3	2,5		
	> a 501.000 Bs.	-	-		

(1) X^2 se ha calculado agrupando los porcentajes con valor inferior a 5% en una única categoría.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Por género, el porcentaje de varones es algo mayor que el de las mujeres en ambas comunidades, sin embargo no existen diferencias estadísticamente significativas entre las comunidades. La edad media de los participantes es de 34,94 (dt: 16,47) no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre las dos comunidades. La mayoría de las personas conviven con pareja por unión libre o por matrimonio (69,8%); sólo un 26,9% del total de la población están solteros y un 2,3% están viudos y sin pareja. El 77,8% de la población tiene hijos; sólo un 22% aún no ha tenido descendencia. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre las dos comunidades. En cuanto a la religión casi dos terceras partes profesan algún tipo de religión; sólo un 36,8% no profesa religión alguna. Se observan diferencias estadísticamente significativas, comprobándose que en la Escalera la religión que profesa la mayoría de las

personas es la católica mientras que en la comunidad de Miraflores es la evangélica.

En cuanto al nivel educativo se observan diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones; en la comunidad de Escalera existe un porcentaje de personas que ya ha finalizado la secundaria completa y que se encuentra en institutos superiores (8,2%) en comparación con la comunidad de Miraflores que presenta un 3,2%. Con respecto a la ocupación existen diferencias significativas entre ambas comunidades; se observa que un 8% de la población de la Escalera, que ha culminado sus estudios de secundaria y los que ya finalizaron estudios universitarios o que están actualmente culminando sus estudios, son docentes de educación básica en las escuelas de su comunidad, en comparación con Miraflores en las que, hasta el momento 2% se ocupa de esta actividad; también se observa una diferencia en el nivel educativo de las personas que trabajan como obreros especializados. Se observan diferencias estadísticamente significativas en el nivel de ingreso de las personas: una de cada 100 personas en la Escalera recibe un ingreso superior a los 500mil bolívares, mientras que en la comunidad de Miraflores no se llega a obtener esta cantidad de dinero mensual.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.4.6.2. Diferencias en el desarrollo social entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al nivel de desarrollo sociocomunitario

En cuanto a la valoración hecha por las personas de las comunidades en relación a los programas de salud se observan diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones de ambas comunidades (tabla 74). En relación a la importancia del equipo de salud casi 216 personas de la comunidad de Miraflores lo considera muy importante, teniendo presente que en esta comunidad no existe la figura de ningún representante del área de salud. En la comunidad de Escalera donde existe el equipo de salud, más de tres cuartas partes de las personas encuestadas consideran que es importante la presencia de estas personas en el área, el restante de la población opina que es más o menos

importante su presencia en la zona. En relación a la opinión que tienen acerca de las actividades que lleva a cabo el equipo de salud, la mitad de la población de Escalera la consideran como buenas, más de una cuarta parte como muy buenas y menos de un 10% la consideran como regulares. En la comunidad de Miraflores, más de la mitad de los encuestados consideran que las actividades que lleva a cabo un equipo de salud son muy buenas de acuerdo a lo que han visto en otras comunidades en las que trabaja el equipo de salud; una cuarta parte de las personas las consideran como buenas y menos de un 1% de la población encuestada las consideran como regulares.

En relación a la organización comunitaria presente en las comunidades se observan diferencias estadísticamente significativas. La comunidad de Miraflores presenta una organización comunitaria regular y mala en un 35,5% y 32,7% respectivamente de acuerdo a la opinión de las personas de esta comunidad. Con respecto a la existencia de organizaciones en las comunidades que ayuden a las mismas en su desarrollo más de tres cuartas partes de la población de la Escalera expone que existen y que ayudan un poco y solo un 1,4% de la población opina que existen pero que no ayudan, mientras que en la comunidad de Miraflores más de las tres cuartas partes de la población manifiestan que no existen organizaciones que les apoye, además que lo necesitan y un menor número de personas (56) de la población informan que si existen algunas organizaciones, pero que no la apoyan para su desarrollo.

En cuanto a la realización de actividades para obtener más recursos económicos y un mejor desarrollo comunitario, se observan diferencias estadísticamente significativas. En la comunidad de Escalera, más de una cuarta parte de la población informa que son muchas las actividades desarrolladas para mejorar su desarrollo socioeconómico. Casi la mitad de la población encuestada (101) manifiesta que sí se están realizando algunas actividades para su mejora, y una pequeña parte de la población (33) expresa que aún son pocas las actividades llevadas a cabo. El conjunto de la población de la comunidad de Miraflores afirma, por su parte, que no se realiza actividad alguna para obtener más recursos en la zona.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En relación a la valoración que las personas hacen de la situación de salud de su comunidad, casi el 47% de la Escalera opina que es buena y un 53,2% la considera como regular, mientras que solo un 3,2% de la población de la comunidad de Miraflores considera como regular la situación de salud de su comunidad y casi el 99% de la población encuestada la considera como mala. Aunque hubo diferencias estadísticamente significativas, las personas de la comunidad de la Escalera continúan señalando que es necesario más apoyo por parte del equipo de salud y por ello, ninguno presentó la opción de respuesta de muy buena. En cuanto a la valoración que realizan de la participación y organización comunitaria más de la mitad de la población de Escalera opina que es regular y más de una cuarta parte piensa que es buena. En la población de Miraflores, por su parte, una cuarta parte de las personas opinan que es regular y más de la mitad de las personas encuestadas plantean que la organización es mala.

En lo referente al nivel de participación en las actividades que van en pro de su desarrollo también encontramos diferencias estadísticamente significativas. La población de la comunidad de Escalera presenta un nivel de participación elevado en comparación con Miraflores. Hay que tener presente que las personas de la comunidad de Miraflores participan cuando se hacen campañas de salud muy puntuales en la zona, dirigida por el equipo de salud de la UCLA o bien por instituciones gubernamentales como la Alcaldía o el Hospital del Municipio.

Tomando en cuenta la intervención del equipo de salud en la comunidad de Escalera desde hace siete años, se les valoró acerca de los cambios en relación a la alimentación y en el desarrollo comunitario en los dos últimos años. También se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las dos variables. Con respecto a la alimentación, una cuarta parte de las personas de la comunidad de Escalera expresó que ha mejorado mucho, la mitad de la población informó que ha mejorado un poco, y 36 de ellas opinan que no ha cambiado. En Miraflores más de una cuarta parte de la población informa que su alimentación ha mejorado un poco, más de la mitad informa que no ha cambiado y un porcentaje más bajo de personas (4,1%) manifestaron que ha empeorado su alimentación. En cuanto a los cambios observados en el desarrollo comunitario, la mitad de la población

encuestada de Escalera opina que han ocurrido algunos cambios en los últimos dos años, y el restante se divide en que son muchos los cambios generados y la otra pequeña parte señala que son pocos los cambios dados en la comunidad. En la comunidad de Miraflores, tres cuartas partes de los entrevistados opinan que no se ha producido ningún cambio y el restante informa que han sido muy pocos los cambios ocurridos en estos dos últimos años en su comunidad.

Tabla 74. Valoración que hacen las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a los programas de salud y servicios a la población

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Importancia de la participación del equipo de salud						
Muy importante	180	87,0	216	98,2	681,082	0,000
Más o menos importante	26	12,6	4	1,8		
Poco importante	1	0,5	-	-		
Importancia del equipo de salud en la comunidad						
Muy importante	164	79,2	196	89,1	201,052	0,005
Más o menos importante	43	20,8	24	10,9		
Opinión de las actividades que lleva a cabo el equipo de salud						
Muy buenas	78	37,7	130	59,1	155,499	0,000
Buenas	110	53,2	88	40,0		
Regulares	19	9,2	2	0,9		
¿Cómo es la organización comunitaria en su población?						
Muy buena	10	4,8	-	-	152,731	0,000
Buena	101	48,8	-	-		
Regular	90	43,5	78	35,5		
Mala	6	2,9	72	32,7		
Muy mala	-	-	70	31,8		

*Las categorías con asterisco forman una sola categoría en el análisis inferencial para evitar categorías con frecuencias esperadas inferiores al 5%.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 74. Valoración que hacen las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a los programas de salud y servicios a la población (continuación)

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Existencia de organizaciones comunitarias que ayuden a la comunidad						
Si existen y ayudan mucho	26	12,6	-	-	60,700	0,000
Si existen, ayudan un poco	178	86,0	-	-		
Si existen, pero no ayudan	3	1,4	56	25,5		
No existen y hacen falta	-	-	164	74,5		
Realización de actividades en la comunidad en los dos últimos años para obtener más recursos						
Sí, muchas	73	35,3	-	-	166,677	0,000
Sí, algunas	101	48,8	4	1,8		
Sí, pocas	33	15,9	2	0,9		
No ninguna	-	-	214	97,3		
¿Genera beneficios las actividades llevadas a cabo por el equipo de salud?						
Sí, son muy beneficiosas	127	61,4	134	60,9	219,237	0,406
Sí, son más o menos beneficiosas*	69	33,3	85	38,6		
Sí, son un poco beneficiosas*	11	5,3	1	0,5		
Valoración de la participación comunitaria existente en la comunidad						
Buena	91	44,0	-	-	168,286	0,000
Regular	116	56,1	153	69,5		
Mala	-	-	67	30,5		
Valoración de la organización comunitaria						
Buena	79	39,6	-	-	72,792	0,000
Regular	128	60,4	97	44,1		
Mala	-	-	123	55,9		
Valoración de la situación de salud de la comunidad						
Buena	97	46,9	-	-	21,672	0,000
Regular	110	53,2	56	25,6		
Mala	-	-	164	74,5		

*Las categorías con asterisco forman una sola categoría en el análisis inferencial para evitar categorías con frecuencias esperadas inferiores al 5%.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 74. Valoración que hacen las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a los programas de salud y servicios a la población (continuación)

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
¿Cómo considera el apoyo de las organizaciones brindadas a su comunidad?						
Buena	102	49,3	-	-	52,979	0,000
Regular	105	50,7	7	3,2		
Mala	-	-	213	96,8		
¿Cómo considera el desarrollo de su comunidad?						
Bueno	94	45,4	-	-	25,635	0,000
Regular	113	54,6	62	28,2		
Malo	-	-	158	71,8		
Participación en los dos últimos años en actividades comunitarias						
Muchas veces	23	11,1	2	0,9	99,623	0,000
Algunas veces	86	41,5	26	11,8		
Pocas veces	66	31,9	64	29,1		
Nunca	32	15,5	128	58,2		
Participación en los dos últimos años en intercambios de experiencias con otras comunidades del Municipio y/o del país						
Muchas veces	20	9,7	-	-		
Algunas veces	31	15,0	-	-		
Pocas veces	67	32,4	-	-		
Nunca	89	43,0	220	100		
Opinión de la importancia de los intercambios de experiencias con otras comunidades						
Muy importante	136	65,7	161	73,2	299,372	0,000
Más o menos importante	57	27,5	59	26,8		
Poco importante	14	6,8	-	-		
Valoración de la alimentación en los dos últimos años						
Ha mejorado mucho	53	25,6	-	-	224,307	0,000
Ha mejorado un poco	118	57,0	68	30,9		
No ha cambiado	36	17,4	143	65,0		
Ha empeorado	-	-	9	4,1		

*Las categorías con asterisco forman una sola categoría en el análisis inferencial para evitar categorías con frecuencias esperadas inferiores al 5%.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 74. Valoración que hacen las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a los programas de salud y servicios a la población (continuación)

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Opinión de la cantidad de cambios dados en los dos últimos años para el desarrollo comunitario						
Muchos	40	19,3	-	-	75,454	0,000
Algunos	114	55,1	-	-		
Pocos	53	25,6	51	23,2		
Ninguno	-	-	169	76,8		

En cuanto a las relaciones sociales se analizan a través de una serie de cuestiones afines con la integración comunitaria, tales como el compartir vecinal, apoyo de los amigos y reuniones de vecinos.

Tabla 75. Valoración que hacen las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores con respecto las relaciones sociales comunitarias

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Buenas relaciones vecinales						
Casi nunca*	5	2,4	8	3,6	407,625	0,000
Algunas veces*	10	4,8	22	10,0		
Casi siempre	22	10,6	21	9,5		
Siempre	170	82,1	169	76,8		
Apoyo de los amigos de la comunidad						
Nunca	8	3,9	33	15,0	229,429	0,000
Casi nunca	9	4,3	26	11,8		
Algunas veces	76	36,7	48	21,8		
Casi siempre	17	8,2	19	8,6		
Siempre	97	46,9	94	42,7		
Satisfacción con los amigos que tiene					690,518	0,000
Nunca*	-	-	7	3,2		
Casi nunca*	5	2,4	1	0,5		
Algunas veces	15	7,2	12	5,5		
Casi siempre	19	9,2	27	12,3		
Siempre	168	81,2	173	78,6		

*Las categorías con asterisco forman una sola categoría en el análisis inferencial para evitar categorías con frecuencias esperadas inferiores al 5%

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 75. Valoración que hacen las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores con respecto las relaciones sociales comunitarias (continuación)

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Reunión con los vecinos y/o comunidad						
Nunca	39	18,6	68	30,9	76,290	0,000
Casi nunca	50	24,2	76	34,5		
Algunas veces	57	27,5	64	29,1		
Casi siempre	13	6,3	8	3,6		
Siempre	48	23,2	4	1,8		
Satisfacción con las relaciones que mantiene con la comunidad						
Nunca*	2	1,0	21	9,5	199,389	0,000
Casi nunca*	6	2,9	20	9,1		
Algunas veces	46	22,2	50	22,7		
Casi siempre	28	13,5	25	11,4		
Siempre	125	60,4	104	47,3		

*Las categorías con asterisco forman una sola categoría en el análisis inferencial para evitar categorías con frecuencias esperadas inferiores al 5%

Al analizar las valoraciones hechas por las personas de ambas comunidades respecto a sus relaciones sociales con sus amigos y la comunidad (tabla 75), encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambas comunidades. De acuerdo a los datos, la población que presenta un mayor desarrollo, en cuanto a las relaciones sociales, es la de Escalera. De igual forma la que presenta una mayor satisfacción son las personas de Escalera en comparación con las personas de la comunidad de Miraflores en relación a la satisfacción que tienen en cuanto a los amigos y a la satisfacción con las relaciones de convivencia comunitaria.

3.4.6.3. Diferencias entre las poblaciones de Miraflores y Escalera en relación a la calidad de vida general

3.4.6.3.1. Diferencias en la CVG entre las personas de Escalera y Miraflores en relación al estrato socioeconómico.

Al establecer las comparaciones entre las personas de las dos comunidades, a través del Graffar modificado y del Método de Necesidades Básicas Insatisfechas, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las comunidades medidas con cada uno de los instrumentos (ver tabla 76 y 77).

Tabla 76. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al estrato socioeconómico (Graffar modificado)

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Estrato I	-	-	-	-	487,930	0,000
Estrato II	-	-	-	-		
Estrato III	1	0,5	2	0,9		
Estrato IV	70	33,8	-	-		
Estrato V	136	65,7	218	99,1		

Tabla 77. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al estrato socioeconómico (Método NBI)

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Hogares no pobres	25	12,1	-	-	393,644	0,000
Hogares pobres	66	31,9	2	0,9		
Hogares en pobreza extrema	116	56,0	218	99,1		

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.4.6.3.2. Diferencias en la CVG entre las personas de Escalera y Miraflores en relación a la funcionalidad familiar.

Al analizar el grado de funcionalidad familiar a través del APGAR familiar se observa una diferencia estadísticamente significativa entre las familias de ambas comunidades. La mejor funcionalidad familiar se observa en la población de la comunidad de Escalera (tabla 78).

Tabla 78. Diferencia entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al grado de funcionalidad familiar (APGAR familiar)

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Buena funcionalidad familiar	194	93,7	187	85,0	393,644	0,000
Disfuncionalidad familiar Moderada	12	5,8	32	14,5		
Disfuncionalidad familiar Severa	1	0,5	1	0,5		

3.4.6.4. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a los hábitos y estilos de vida

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

a) Actividades físicas

Las cuestiones relacionadas con las actividades físicas de la población de ambas comunidades se centran en el tiempo dedicado durante la semana a realizar actividades deportivas (caminar, correr, juegos de pelota, ir en bicicleta).

Tabla 79. Diferencia entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a las actividades físicas semanales

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Todos los días	80	38,6	72	32,7	27,848	0,000
3 a 5 veces semanal	45	21,7	36	16,4		
1 a 2 veces semanal	41	19,8	62	28,2		
Nunca	41	19,8	50	22,7		

En relación con el tiempo dedicado a actividades físicas exceptuando la actividad diaria de caminar para trasladarse al lugar de trabajo durante la semana se observan diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones. Son las personas de la comunidad de la Escalera la que más días de la semana se dedica a realizar alguna actividad física, (tabla 79).

b) Actividades de descanso

Las cuestiones relacionadas a las actividades de descanso llevadas acabo por las personas se centran en la cantidad de horas de descanso durante la noche.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 80. Diferencia entre las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores en relación a las horas de descanso nocturno

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Menos de seis horas	-	-	-	-	40,190	0,000
6 - 7 horas	61	29,5	87	39,5		
8 -12 horas	146	70,5	133	60,5		
Más de doce horas	-	-	-	-		

En relación con las horas de descanso nocturno se observan diferencias estadísticamente significativas entre las personas de ambas comunidades. Es la población de la Escalera la que más horas descansa durante la noche (tabla 80).

c) Hábitos de higiene personal

Las cuestiones relacionadas con la higiene personal se centran en la higiene bucal y el baño diario.

Tabla 81. Diferencia entre las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores en relación al baño semanal

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Varias veces al día (al mediodía y al finalizar el trabajo)	94	45,4	45	20,5	252,426	0,000
Una vez al día (al finalizar el trabajo)	111	53,6	167	75,9		
Algunas veces de la semana	2	1,0	8	3,6		

Con respecto a la higiene corporal existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de las dos comunidades. La población de la Escalera en conjunto es la que presenta una mejor higiene corporal en comparación con la población de la comunidad de Miraflores (tabla 81).

Tabla 82. Diferencia entre las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores en relación al cepillado dental

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Después de cada comida	31	15,0	18	8,2	217,937	0,000
Dos veces al día	112	54,1	111	50,5		
Una vez al día	59	28,5	67	50,5		
Algunas veces a la semana*	1	0,5	-	-		
Nunca*	4	1,9	24	10,9		

En cuanto al cepillado dental existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de las comunidades. Las personas de la comunidad de la Escalera, son los que presentan una mejor higiene bucal en comparación con las personas de la comunidad de Miraflores (tabla 82).

d) Actividades del tiempo libre

Se consideraron las cuestiones relacionas con las actividades recreativas que realizan las personas durante su tiempo libre: ver televisión, escuchar música, leer, salir de paseo, jugar por diversión, reunirse con los amigos para jugar o tomar alguna bebida y asistir a actividades religiosas.

Tabla 83. Diferencia entre las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores en relación a las actividades recreativas

	Escalera		Miraflores		t	p
	n	%	n	%		
Nunca	3	1,4	15	6,8	214,658	0,000
Casi nunca	49	23,7	95	43,2		
Algunas veces	123	59,4	88	40,0		
Casi siempre	32	15,5	22	10,0		
Siempre	-	-	-	-		

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Al analizar las actividades recreativas que realizan las personas de las comunidades se observan diferencias estadísticamente significativas. En la población de Miraflores se llevan a cabo un menor número de actividades recreativas en comparación con la población de Escalera (tabla 83).

e) Consumo de sustancias nocivas

Entre las cuestiones consideradas dentro del consumo de sustancias nocivas se encuentran el consumo de cigarro, chimó y de bebidas alcohólicas.

Tabla 84. Diferencia entre las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores en relación consumo de cigarro

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Nunca ha fumado	160	77,3	171	77,7	375,180	0,000
Actualmente no fuma pero ha fumado	20	9,7	26	11,8		
Si, en la actualidad fuma	27	13,0	23	10,5		

Existen diferencias estadísticamente significativas por consumo de cigarro. En la población en la que en la actualidad se consume más cigarro es en la Escalera en comparación con la población de Miraflores (tabla 84).

Tabla 85. Diferencia entre las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores en relación al consumo de chimó

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Nunca ha consumido chimó	135	65,2	161	73,2	262,796	0,000
Actualmente no consume pero ha consumido	23	11,1	11	5,0		
Si, en la actualidad consume chimó	49	23,7	48	21,8		

Existen diferencias estadísticamente significativas por consumo de chimó entre las personas de ambas comunidades. Sin embargo, en ambas poblaciones se consume en la actualidad una cantidad similar de tabaco bajo esta presentación (tabla 85).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 86. Diferencia entre las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores en relación al consumo de bebidas alcohólicas

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Nunca	152	73,4	149	67,7	490,705	0,000
Casi nunca	10	4,8	36	16,4		
Algunas veces	38	18,4	34	15,5		
Casi siempre	7	3,4	1	0,5		

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de ambas comunidades en relación con el consumo de alcohol (tabla 86). En la población de Escalera se presenta un mayor consumo de alcohol. Se conoce extraoficialmente, que en la comunidad de la Escalera existen 11 lugares de venta ilegal de alcohol en comparación con la comunidad de Miraflores donde existe una menor cantidad de lugares clandestinos de venta de licor.

Tabla 87. Diferencia entre las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores en relación a la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Abstemio	152	73,4	149	67,7	490,705	0,000
Consumidor excepcional	10	4,8	36	16,4		
Consumidor social	38	18,4	34	15,5		
Consumidor de riesgo y perjudicial	7	3,4	1	0,5		

En cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas de ambas comunidades. Existe una mayor cantidad de personas abstemias en Escalera en comparación con Miraflores donde existe una mayor cantidad de consumidores de alcohol excepcional. Sin embargo, en la comunidad de Escalera existe una mayor cantidad de consumidores de riesgo (7) en comparación con las personas de la comunidad de Miraflores (tabla 87).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

c) Hábitos alimentarios de la población

Las cuestiones relacionadas al consumo de alimentos se determinaron tomando en cuenta los grupos básicos de alimentos determinados por el Instituto Nacional de Nutrición de Venezuela (2006).

Tabla 88. Diferencia entre las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores en relación al consumo de los grupos básicos de alimentos

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Carnes rojas blancas y derivados						
Nunca*	-	-	3	1,4	171,574	0,000
Casi nunca*	54	26,1	85	38,6		
Una vez por semana	123	59,4	130	59,1		
Varias veces a la semana	30	14,5	2	0,9		
Granos y harinas						
Casi nunca	1	0,5	2	0,9	281,541	0,664
Varias veces a la semana	70	33,8	68	30,9		
Diariamente	136	65,7	150	68,2		
Frutas						
Nunca*	-	-	6	2,7	199,213	0,000
Casi nunca*	30	14,5	51	23,2		
Una vez por semana	31	15,0	30	13,6		
Varias veces a la semana*	144	69,6	128	58,2		
Diariamente*	2	1,0	5	2,3		
Hortalizas y vegetales					119,576	0,000
Nunca	3	1,4	16	7,3		
Casi nunca	60	29,0	103	46,8		
Una vez por semana	52	25,1	44	20,0		
Varias veces a la semana*	89	43,0	57	25,9		
Diariamente*	3	1,4	-	-		
Leche y derivados						
Nunca*	-	-	1	0,5	14,141	0,001
Casi nunca*	23	11,1	89	40,5		
Una vez por semana	85	41,1	91	41,4		
Varias veces a la semana*	89	43,0	39	17,7		
Diariamente*	10	4,8	-	-		

*Las categorías con asterisco forman una sola categoría en el análisis inferencial para evitar categorías con frecuencias esperadas inferiores al 5%

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 88. Diferencia entre las personas de las comunidades de la Escalera y Miraflores en relación al consumo de los grupos básicos de alimentos (continuación)

	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Mantequilla vegetal y aceite vegetal						
Nunca*	3	1,4	12	5,5	155,960	0,000
Casi nunca*	34	16,4	25	11,4		
Una vez por semana	7	3,4	20	9,1		
Varias veces a la semana	99	47,8	102	46,4		
Diariamente	64	30,9	61	27,0		
Azúcar, miel de abeja y sal						
Nunca	3	1,4	-	-		
Casi nunca	1	0,5	-	-		
Diariamente	203	98,1	220	100		
Café						
Nunca	6	2,9	-	-		
Casi nunca	7	3,4	-	-		
Una vez por semana	1	0,5	-	-		
Diariamente	193	93,2	220	100		

*Las categorías con asterisco forman una sola categoría en el análisis inferencial para evitar categorías con frecuencias esperadas inferiores al 5%

Al analizar el consumo de alimentos por grupos básicos se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de ellos (tabla 88). Así existe un mejor consumo de los grupos básicos de alimentos por parte de las personas de la comunidad de Escalera, en la que se consume, con mayor frecuencia, alimentos tales como carnes rojas, blancas y sus derivados, frutas, hortalizas y vegetales, leche y derivados; también presenta un menor consumo de café en comparación con las personas de la comunidad de Miraflores, en la que toda su población consume solo café diariamente. No se observaron diferencias significativas en el consumo de granos y harinas por parte de ambas poblaciones.

3.4.6.5. Diferencias entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación a la salud

3.4.6.5.1. Determinación y variabilidad de las respuestas de las poblaciones en relación a la CVRS utilizando el instrumento SF-36 validado

A continuación se presentan los cuadros que contienen las ocho escalas del SF-36, las medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, y desviación estándar) y el porcentaje de personas con puntuación máxima y mínima (efecto techo, *ceiling* y efecto suelo, *floor)* de forma general y por comunidad.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 89. Puntuaciones medias del SF-36 de las comunidades de Escalera y Miraflores (N= 427)

Total **N= 427**	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Media (DE)	79,5 (31,9)	70,7(44,2)	73,1 (33,7)	52,2 (22,4)	71,2(21,3)	72,3(27,7)	71,4(43,0)	74,2(20,0)
Mediana	100	100	100	50	68,7	75	100	75
Rango Observado	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100
Porcentaje con puntuación máxima (100) (ceiling)	61,1	67,7	52,9	0,2	16,4	35,1	67	17,1
Porcentaje con puntuación mínima (0) (floor)	2,1	26,7	1,9	0,5	0,2	1,6	24,4	0,9

Tabla 90. Diferencia de puntuaciones del SF-36 entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Escalera (n=207)								
Media (DE)	81,8 (30,6)	72,2(43,2)	71,6 (34,0)	52,6 (21,5)	70,5(21,8)	74,2 (25,7)	76,8 (40,0)	73,7(21,1)
Mediana	100	100	100	50	75	75	100	75
Rango Observado	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100
Porcentaje con puntuación máxima (100) (ceiling)	62,3	68,6	50,2	0,5	15,5	33,8	73,4	16,4
Porcentaje con puntuación mínima (0) (floor)	2,9	24,6	1,4	3,9	0,5	1,0	19,3	1,9
Miraflores (n= 220)								
Media (DE)	77,4 (33,0)	69,4(45,1)	74,5 (33,4)	51,8 (23,3)	71,8(20,8)	70,4(29,5)	66,3(44,9)	74,2(18,9)
Mediana	100	100	100	50	68,7	75	100	75
Rango Observado	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100
Porcentaje con puntuación máxima (100) (ceiling)	60,0	66,8	55,5	0,5	16,3	36,4	60,9	16,7
Porcentaje con puntuación mínima (0) (floor)	1,4	28,6	2,3	0,9	3,2	2,3	29,1	2,3
Valores de t y p de Escalera y Miraflores	t: 1,427 p: 0,153	t: 0,651 p: 0,515	t: -0,879 p: 0,380	t: 0,387 p: 0,699	t: -0,622 p: 0,535	t:1,421 p: 0,156	t: 2,523 p: 0,012	t: -0,625 p: 0,532

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Los promedios de las escalas de salud son similares entre ambas poblaciones; sin embargo, en la dimensión rol emocional se observa que los valores más altos los presenta la población de Escalera. Los participantes en la comunidad de la Escalera presentaron las puntuaciones más altas en lo que respecta a función física (81,8) y la más baja es salud general (52,6). La población de Miraflores mostró puntuaciones similares, la puntuación más alta en función física (77,4) y la más baja en salud general (51,8).Se ha analizado la CVRS de las dos comunidades y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes escalas que componen el SF-36. La única diferencia discreta que se observó, a través de la prueba de Levene, fue la dimensión rol emocional (p=0,012). Por tanto, ambas comunidades presentan una CVRS muy similar.

3.4.6.5.2. Diferencias en la salud de las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores medida a través de los indicadores clásicos de morbilidad.

a) Procesos patológicos y consulta al centro de salud

La morbilidad que presentan los entrevistados se recogió a través de una serie de preguntas que representan un número de procesos patológicos comunes en el Municipio, de acuerdo a la clasificación de patologías del MSDS (DSP 02). Se observan diferencias estadísticamente significativas entre las comunidades, siendo la comunidad de Escalera la que con mayor frecuencia acudió a un centro de salud para tratar sus problemas patológicos (tabla 91).

Tabla 91. Diferencia entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al número de enfermedades presentadas en el último año y asistidos por personal de salud

Enfermedades presentadas en el último año	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
No he presentado enfermedades	80	38,6	80	36,4	47,358	0,000
He presentado y he consultado	110	53,1	81	36,8		

al médico				
He tenido pero no he consultado	17	8,2	59	26,8

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones de Escalera y Miraflores en relación con la prevalencia de enfermedades, siendo la comunidad de Miraflores la que reporta un mayor número de enfermedades en comparación con Escalera (tabla 92).

Tabla 92. Diferencia entre las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación al número de procesos patológicos presentados

	Escalera	Miraflores	t	p
Media	1,22	1,61	-2,805	0,005
Desviación típica	1,329	1,509		

Tabla 93. Diferencias de los procesos patológicos presentados por las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en el último año y consulta al ambulatorio rural u otro centro de salud

Patologías	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Problemas de la piel (dermatosis, escabiosis, eczema)					301,829	0,000
No he tenido	196	94,7	198	90,0		
Si y fui al centro de salud*	11	5,3	5	2,3		
Si he tenido, pero no he consultado*	-	-	17	7,7		
Cefalea/ Migraña					329,049	0,000
No he tenido	168	81,2	151	68,6		
Si y fui al centro de salud	24	11,6	33	15,0		
Si he tenido, pero no he consultado	15	7,2	36	16,4		
Hipertensión					201,052	0,000
No he tenido	172	83,1	188	85,5		
Si y fui al centro de salud	35	16,9	30	13,6		
Si he tenido, pero no he consultado*	-	-	2	0,9		
Patologías cardíacas					350,747	0,000
No he tenido	189	91,3	218	99,1		
Si y fui al centro de salud	18	8,7	2	0,9		
Si he tenido pero no he consultado	-	-	-	-		

*Las categorías con asterisco forman una sola categoría en el análisis inferencial para evitar categorías con frecuencias esperadas inferiores al 5%

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 93. Diferencias de los procesos patológicos presentados por las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación en el último año y consulta al ambulatorio rural u otro centro de salud (continuación)

Patologías	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Ansiedad/ nervios						
No he tenido	205	99,0	220	100		
Si y fui al centro de salud*	2	1,0	-	-		
Si he tenido pero no he consultado*	-	-	-	-		
Diabetes						
No he tenido	207	100	220	100		
Si y fui al centro de salud	-	-	-	-		
Si he tenido pero no he consultado	-	-	-	-		
Patologías genitourinarias					215,009	0,000
No he tenido	189	91,3	177	80,5		
Si y fui al centro de salud	16	7,7	31	14,1		
Si he tenido, pero no he consultado*	2	1,0	12	5,5		
Patologías ginecológicas/ urológicas					329,333	0,000
No he tenido	199	96,7	203	92,7		
Si y fui al centro de salud*	8	3,9	17	7,7		
Si he tenido pero no he consultado	-	-	-	-		
Diabetes						
No he tenido	207	100	220	100		
Si y fui al centro de salud	-	-	-	-		
Si he tenido pero no he consultado	-	-	-	-		
Patologías gástricas (gastritis, ulcera de estomago o duodeno)					329,333	0,000
No he tenido	198	95,7	203	92,3		
Si y fui al centro de salud*	9	4,3	10	4,5		
Si he tenido, pero no he consultado*	-	-	7	3,2		
Enfermedades hídricas					269,136	0,000
No he tenido	192	92,8	193	87,7		
Si y fui al centro de salud	15	7,2	14	6,4		
Si he tenido, pero no he consultado*	-	-	13	5,9		

*Las categorías con asterisco forman una sola categoría en el análisis inferencial para evitar categorías con frecuencias esperadas inferiores al 5%

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tabla 93. Diferencias de los procesos patológicos presentados por las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores en relación en el último año y consulta al ambulatorio rural u otro centro de salud (continuación)

Patologías	Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%		
Enfermedades respiratorias (asma, bronquitis, bronconeumonía)					206,578	0,000
No he tenido	180	87,0	182	82,7		
Si y fui al centro de salud	22	10,6	24	10,9		
Si he tenido, pero no he consultado*	5	2,4	14	6,4		
Enfermedades del sistema músculo esquelético (lumbago, ciática, dolor de espalda)					226,513	0,000
No he tenido	175	84,5	194	88,2		
Si y fui al centro de salud*	23	11,1	5	2,3		
Enfermedades del sistema locomotor (artrosis, hernias)					198,316	0,000
No he tenido	186	89,9	173	78,6		
Si y fui al centro de salud	21	10,1	28	12,7		
Si he tenido, pero no he consultado*	-	-	19	8,6		
Enfermedades relacionadas con exceso de peso						
No he tenido	207	100	217	98,6		
Si y fui al centro de salud	-	-	-	-		
Si he tenido, pero no he consultado*	-	-	3	1,4		
Enfermedades relacionadas con déficit de peso						
No he tenido	205	99,0	220	100		
Si y fui al centro de salud*	2	1,0	-	-		
Si he tenido pero no he consultado	-	-	-	-		
Otras enfermedades					329,333	0,000
No he tenido	192	92,8	209	95,0		
Si y fui al centro de salud	15	7,2	11	5,5		
Si he tenido pero no he consultado	-	-	-	-		

*Las categorías con asterisco forman una sola categoría en el análisis inferencial para evitar categorías con frecuencias esperadas inferiores al 5%

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Se examinaron los procesos patológicos (tabla 93) que aparecen con mayor frecuencia en las personas de las comunidades, tomando en cuenta el informe del DSP02 de las zonas rurales del Estado Lara y se encontraron diferencias estadísticamente entre ambas comunidades con relación tanto al número de enfermedades presentes como también a la consulta a los centros de salud más cercanos. Del listado de los 16 procesos patológicos presentados (tabla 93), se caracterizan las cefaleas y migrañas, la hipertensión, enfermedades del sistema músculoesquelético, enfermedades respiratorias y enfermedades genitourinarias por ser las primeras cinco causas de morbilidad de las dos comunidades del municipio. La diabetes es la única enfermedad que aparece como no reportada por ambas comunidades. Es la comunidad de Miraflores la que presenta una prevalencia de procesos patológicos mayor en comparación con la Escalera (252 y 353 procesos patológicos respectivamente).

b) Consumo de medicamentos

Se valora el consumo de medicamentos durante las últimas cuatro semanas en cada una de las poblaciones, observándose una diferencia estadísticamente significativa en el consumo de medicamentos entre las personas de las dos comunidades, siendo la población de Escalera la que más medicamentos consume (tabla 94). Debe recordarse que las personas de la comunidad de Miraflores no cuentan con un centro de salud de atención primaria funcionando.

Tabla 94. Diferencia en el consumo de medicamentos durante las últimas cuatro semanas

(por comunidad)

	Total		Escalera		Miraflores		X^2	p
	n	%	n	%	n	%		
No ha consumido	263	61.6	112	54,1	151	68,6	22,953	0,000
Si ha consumido	164	38,4	95	45,9	69	31,4		

Dentro de los medicamentos que más ha consumido la población de la Escalera son los analgésicos, seguidos en orden decreciente por los antihipertensivos y otros fármacos (anticonceptivos, complejos vitamínicos) seguido de fármacos para problemas cardíacos y respiratorios. Mientras el mayor consumo de medicamentos por parte de la población de Miraflores son los analgésicos, seguido de los antihipertensivos, otros fármacos, medicamentos para enfermedades respiratorias y para enfermedades hídricas –vómito y diarrea-(tabla 95).

Tabla 95. Diferencias en los tipos de medicamentos que han consumido en las últimas cuatro semanas las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores

Medicamentos	**Escalera**		**Miraflores**	
	n	**%**	**n**	**%**
Analgésicos	45	21,7	55	25,0
Fármacos para problemas respiratorios	18	8,7	8	3,6
Antialérgicos	2	1,0	-	-
Fármacos para enfermedades de piel	4	1,9	-	-
Fármacos para enfermedades digestivas	11	5,3	9	4,1
Ansiolíticos/relajantes	2	1,0	1	0,5
Antiepilépticos	3	1,4	-	-
Antihipertensivos	31	15,0	24	10,9
Fármacos para enfermedades cardíacas	18	8,7	2	0,9
Fármacos para problemas ginecológicos/urológicos	9	4,3	4	1,8
Otros fármacos (anticonceptivos, complejos vitamínicos)	21	10,1	13	5,9

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

IV. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación han sido presentados en tres estudios que seguidamente se someten a discusión. La primera parte concierne a la validación transcultural del cuestionario de CVRS SF-36 Health Survey español. La segunda parte continúa con el proceso de validez psicométrica del SF-36 y de otros instrumentos que evalúan calidad de vida general, tales como: Graffar modificado, el Método de Necesidades Básicas Insatisfechas y el APGAR familiar. El tercer y último estudio se realizó para establecer comparación entre dos comunidades rurales, (Escalera y Miraflores) en relación al desarrollo social medido por el desarrollo socioeconómico y calidad de vida general, los hábitos y estilos de vida y la salud de la población medida por los indicadores clásicos de morbilidad y la CVRS en función de la intervención comunitaria del equipo de salud de la UCLA en la población de Escalera.

1. Características de la población

En los tres estudios, hubo receptividad por parte de la población, respondieron de forma honesta y clara a las preguntas, la población solicitaba que se les incluyera dentro del estudio que se estaba realizando porque opinaban que era importante su participación. Los participantes proceden de una zona rural venezolana con características sociodemográficas similares. Así para la selección de las personas que colaboraron en el primer estudio se hizo de forma accidental y para las que participaron en el segundo y tercer estudio se tuvo presente la distribución poblacional, por edad y género que tiene el Municipio Andrés Eloy Blanco del Estado Lara de Venezuela. En relación al tamaño de la muestra del primer estudio se tomó en cuenta que sólo se disponía de unos días para la toma de muestra en Venezuela y la situación climática del área no permitía acceder a los lugares que estaban en zonas de riesgo. Aunque la muestra es baja, este estudio permitió determinar si el SF-36, que había sido validado por los expertos, era igual o de mejor comprensión que

el original español. Se debe recordar que el Municipio Andrés Eloy Blanco presenta un índice de analfabetismo del 73%, a pesar de éstas condiciones se obtiene como resultado que el SF-36 que estaba siendo validado en Venezuela era comprendido por la población rural. Estas condiciones confirieron al estudio la importancia necesaria para decidir continuar con el segundo estudio y utilizar el SF-36 venezolano. La muestra del segundo estudio extraida por afijación proporcional y la del tercer estudio elaborada por rutas consecutivas con afijación proporcional siendo la unidad de muestro las viviendas se obtuvieron en función de la edad y del género de acuerdo a la clasificación del MSDS y del último censo poblacional del país. Sin embargo, la población representada por los mayores de 59 años fue baja; por lo que no se descartó ningún habitante de la zona que cumpliera con esta variable y con los criterios de inclusión ya mencionados en cada uno de los estudios.

En los estudios dos y tres, realizados en la población de la Cruz, Escalera y Miraflores, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas de edad y género, por cuanto son elementos necesarios a tomar en cuenta ya que a mayor edad peor CVRS y en cuanto a género son las mujeres las que enferman más en comparación con los varones de acuerdo a los estudios elaborados hasta el presente utilizando el SF-36. Tampoco existieron diferencias en relación al estado civil y el número de hijos. Sin embargo, sí existió diferencia entre las poblaciones de Escalera y Miraflores en lo referente al nivel educativo, ocupación y el nivel de ingresos, quizás por ser variables que están siendo intervenidas por el equipo de salud y otras organizaciones no gubernamentales.

2. Validación lingüística del SF-36 en Venezuela

2.1. Aplicación del SF-36 versión venezolana del grupo *Quality Metric Incorporated*

Al emplear un instrumento de amplio uso a nivel internacional y desarrollado en varias culturas, se debe garantizar su proceso de adaptación transcultural

en el país para poder utilizarlo. En este caso, se solicitó el SF-36 al grupo *Quality Metric Incorporated*. Al hacer uso de él, hubo un porcentaje de valores perdidos superior al 50% en cada una de las escalas. De acuerdo a Ware et al. (1998), sólo es posible el cálculo de las escalas si al menos los encuestados responden a la mitad de los ítems de cada dimensión. Otra de las reglas fundamentales, es que un instrumento aplicado en el área de salud comunitaria sea viable, sin que haya barreras de comunicación (cuestión imprescindible que es necesario salvaguardar). La inexistencia de estas dos reglas constituyeron los elementos fundamentales para decidir no continuar haciendo uso del SF-36 enviado por Estados Unidos.

2.2. Confección de la versión venezolana SF-36 a partir del SF-36 español

Antes de utilizar un cuestionario desarrollado en otra cultura, se debe realizar el proceso de adaptación transcultural al idioma en el que éste debe ser utilizado y su validación psicométrica posterior. Dado que se disponía de un cuestionario traducido y debidamente validado como es la versión española del SF-36, se decidió en este estudio hacer uso del mismo realizando el proceso de validez cultural. Se ha tenido presente que uno de los objetivos principales que se deben cumplir es poder obtener un instrumento equiparable, es decir, que mantenga la equivalencia conceptual y que resulte apropiado en la cultura en el que se está utilizando.

En este estudio no se realizó el proceso de adaptación transcultural del SF-36, tal como se ha realizado en otros países, como por ejemplo los del grupo IQOLA, lo que podría significar que no se hallara una versión lo suficientemente equivalente a la versión española utilizada como versión original en nuestra investigación. Sin embargo, los resultados sugieren que el proceso de valoración que realizan filólogos, lingüistas, médicos especialistas en salud familiar y pública, grupo de investigadores de la Universidad de Alicante y la valoración de la comunidad hacia el instrumento permitieron alcanzar una versión lo suficientemente equivalente.

Por otra parte, existe un estudio venezolano (Bastardo y Kimberlin 2000) en el que utilizaron directamente el cuestionario español SF-36, sin ningún tipo de adaptación cultural de acuerdo al artículo que publican. La validez y fiabilidad en esta investigación es más que aceptable, aunque bien es cierto, no podemos saber cuales serían los resultados si se hubiese llevado a cabo una validación formal del cuestionario. Por otra parte, el cuestionario SF-36 venezolano comprado al grupo de Estados Unidos, no tiene ningún artículo publicado que haga mención a su proceso de adaptación transcultural. Este grupo de investigación informa que se utilice el manual que ellos envían en conjunto con el instrumento, teniendo presente que es el manual empleado para el uso del SF-36 americano. Tomando en cuenta estos precedentes se hace más comprensible el proceso de validez del instrumento y los cambios realizados en él, desde el punto de vista semántico y sintáctico.

En este estudio, las ocho escalas sufrieron cambios sintácticos, semánticos y conceptuales que pueden considerarse como plausibles si cabe, dada la diversidad cultural que existe entre las personas evaluadoras (una filólogo norteamericana residente en Venezuela con conocimiento en cultura española y venezolana, dos lingüistas venezolanos, dos médicos de salud pública venezolanos, una filóloga española y un panel de investigadores de varias nacionalidades entre las que se encuentra España). La equivalencia sintáctica se realizó cuando se utilizaron términos similares, tiempos verbales adecuados y lexicografía correcta. Así, por ejemplo, colocar el término “ponerse en cuclillas” en vez de “agacharse”, porque puede hacer que la pregunta se coloque en otra dimensión que no sea la función física. La equivalencia semántica, que se debe recordar, es la semejanza del significado de una frase en dos o más idiomas, se realizó cuando por ejemplo, se elimina “salud física” se coloca sólo el término “salud”, presentando el mismo significado tanto para los venezolanos como para los españoles. Otra de las equivalencias realizadas en el estudio es la conceptual que se refiere a si existe el concepto en la cultura donde se quiere traducir o validar el instrumento y se expresa de la misma forma que en la cultura donde se ha desarrollado el cuestionario. Por último se realizó la equivalencia escalar que se consigue cuando una respuesta a un determinado ítem en la versión validada tiene la misma magnitud que la

respuesta del ítem de la versión original. Cuando se aplicó el instrumento SF-36 venezolano por primera vez, ya validado por los expertos en el que se redujo el número de respuestas en algunos ítems y además se hizo aplicando de manera paralela con el SF- 36 español, se determinó que el SF-36 venezolano presentaba una correcta funcionalidad y que era fácilmente comprendido por la población.

3. Características psicométricas de la batería

3.1. Viabilidad

3.1.1. Forma de administración de la batería

Uno de los aspectos importantes a la hora de evaluar la aplicabilidad de un cuestionario en el área de salud comunitaria, y, específicamente en el medio rural disperso de países en vías de desarrollo donde el índice de analfabetismo es alto, las vías de comunicación son deficientes, es la forma de administrar los cuestionarios. Entre las formas de aplicabilidad se encuentra la entrevista personal. De acuerdo con Fernández-Ballesteros (1992) continúa siendo el instrumento más extendido y empleado dentro del campo de las evaluaciones. Es cierto que la entrevista es una de las más costosas y que corre el riesgo de producir un sesgo por la influencia del entrevistador sobre el entrevistado; sin embargo, es la que posee el mayor número de ventajas en relación a otras formas, como por ejemplo la aplicación vía telefónica, por correo etc., porque permite preguntar sobre cuestiones complejas, con detenimiento y produce por parte del entrevistado una mayor participación. En la investigación sólo se utilizó la forma de entrevista personal, porque además en los países en vías de desarrollo al contrario de los países desarrollados es la que resulta más económica cuando se trata de muestras poblacionales poniéndose en evidencia una participación excelente por parte de los entrevistados. En esta investigación la tasa de respuesta fue del 100% (del total de las personas a las que se pretendió entrevistar por vivienda, se logro entrevistar personalmente al 100% de ellas, no hubo valores perdidos en la batería aplicada).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El SF-36 puede ser autoadministrado no requiriendo de un entrenamiento de un entrevistador o a través de entrevista personal. Esta es otra de las ventajas que ofrece el SF-36, de acuerdo al estudio de Gandek, Sinclair, Kosinski y Ware (2004) en el que administraron el cuestionario bajo seis modalidades. Sin embargo, en la mayoría de los artículos revisados aplicando el cuestionario SF-36, la forma de administración es a través de entrevista personal. En los estudios de López-García et al. (2003), o de Osborne, Hawthorne, Lew y Gray (2003), se demuestra que el alto grado de comprensión del cuestionario por las personas y la elevada tasa de contestación a todos los ítems hacen que sea un instrumento útil cuando se aplica a través de entrevista personal en la población adulta mayor no institucionalizada. De igual forma, en otros estudios en los que ha utilizado el instrumento en población general (Alonso et al. 1998; Zuniga et al.1999; Iraurgi et al. 2004) cuando el cuestionario es administrado por un profesional o bien por un personal entrenado para ello, se obtiene una mínima proporción de información perdida, aunque no se informa de las causas de estas pérdidas. Otros estudios en los que realizaron test- retest a través de entrevista personal, como por ejemplo el de Navarro-Collado, Peiró, Trénor, Ruiz, Pérez y Guerola, (2000), informan que las pérdidas se debieron a problemas familiares de los entrevistados y a la no localización de las personas. De la misma forma otros estudios realizados por Permanyer et al. (2000) o Kersten, Mullee, Smith, McLellan, George (1999) utilizando varias modalidades de aplicación del cuestionario (vía telefónica, entrevista personal y por correo) informan de una tasa de respuesta del 96 y 93% respectivamente por parte de los entrevistados, sin embargo no entran en valoraciones en relación a la forma de aplicación del SF-36. No obstante, tomando en cuenta que esta investigación se realiza en una zona rural y que además es una validación del SF-36 español que se aplicó en forma de entrevista personal y una de las cuestiones a cuidar cuando se emplea un instrumento ya adaptado en un país y que será utilizado en otra cultura es mantener la modalidad de aplicación, lo que asegura poder obtener resultados similares.

En relación a la aplicabilidad del APGAR familiar, su creador Smilktein (1978) recomienda que sea autoadministrado para evitar la influencia del entrevistador; sin embargo, en situaciones clínicas severas y en poblaciones

con analfabetismo debe ser administrado por una persona entrenada para aplicar el instrumento. En los estudios de Mora (2002), Rodríguez, Sea, Gómez y García-Gonzáles (1995), Guevara, Henao, y Herrera (2004), Ferrer (2003) y Bellón et al. (1995) la forma de aplicación ha sido a través de entrevista personal. No se informa de la tasa de no respuesta excepto en el estudio de Bellón (1995) en el que informan de una tasa de respuesta del 84% y las perdidas producidas se debieron a la ausencia del entrevistado en casa posterior a dos visitas sucesivas o negación por parte del entrevistado. En los estudios de Delvecchio, Smilksteins, Byron, Good, Shaffer, Arons y Seatle (1979) y de Franco y Mendoza (2002) en los que la forma de administración del instrumento es autoinformado, no presentan datos relativos a la tasa de respuesta. El estudio Pérez, Prado y Sánchez (2004) realizado en un grupo específico de personas, es el único en el que se ha encontrado una tasa de respuesta (del 74%), y las pérdidas producidas la justifican por la intervención de un entrevistador desconocido para el paciente que hizo que las personas presentaran desconfianza respecto al entrevistador que les visitaba en su casa, además de los cambios de domicilio o fallecimiento de las personas. En la investigación llevada a cabo por Gonzáles et al. (2003) a través de la entrevista personal a un grupo de médicos residentes de postgrado, informan de una tasa de respuesta del 94%; las pérdidas se deben a la ausencia de los profesionales en el postgrado por diferentes razones al realizar la entrevista. Por otra parte en los artículos revisados, las escalas del Método NBI y Graffar modificado han sido aplicadas a través de entrevista personal sin entrar en valoraciones acerca de la fuente de administración o únicamente se analiza la correlación entre administradores. Una de las causas puede deberse a la variabilidad de los contextos en los países en vías de desarrollo tal como lo expone Alaminos (1999).

3.1.2. Tiempo empleado en la cumplimentación de la batería

El tiempo que se requirió para la cumplimentación de la batería en las 200 personas osciló entre 30 y 40 minutos, con un promedio de 35 minutos. En relación al SF-36 se administró en un promedio de 10 minutos. Los resultados confirman los comunicados por los estudios de Zúniga et al. (1999) y Gandek

et al. (2004), quienes informan que el tiempo de cumplimentación es de 8 a 12 minutos. No se puede hacer una comparación del total de la batería con otros estudios por que no existe un estudio similar en el que se haya aplicado una batería compuesta por estos instrumentos y con el resto de variables incorporadas. No se tomó el tiempo de aplicación de cada uno de los instrumentos mencionados anteriormente por lo que no se pueden establecer comparaciones. El tiempo que se requirió para la aplicación del último estudio osciló entre 45 y 60 minutos con un promedio de 55 minutos. Aunque el tiempo de aplicación es elevado, se debe tomar en cuenta que se trata de una población con un nivel educativo bajo, por lo tanto se requiere de mayor tiempo para su aplicación; sin embargo, a pesar del tiempo empleado no hubo rechazo por parte de la población, aún cuando se les informaba previamente que se requeriría de aproximadamente una hora de su tiempo para responder.

3.1.3. Impresión general de las personas ante la batería

La batería no causó molestia a los participantes; informaron que estaban satisfechos que se les tomara en cuenta para este tipo de investigaciones, ya que les hacía reflexionar sobre su situación de salud y sobre su vida en general. Una pequeña parte de la población, a quienes se les preguntó acerca de la dificultad específicamente del SF- 36, informó que tenían algún grado de dificultad para responder; sin embargo, al repetirles la pregunta se les hacía más fácil responder. El 100% de la población consideró importante que se conociera más de su situación de salud y de su vida en general y que la información que estaban aportando se de a conocer a todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Los hallazgos cualitativos de este estudio hacen pensar que la batería es aceptable y viable para el área de atención primaria a nivel comunitario y además, cuando se tiene poca información acerca de las comunidades, esta batería puede ser útil para brindar atención óptima y oportuna a la población.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.2. Variabilidad y distribución de las respuestas de la batería

3.2.1. Cuestionario SF-36

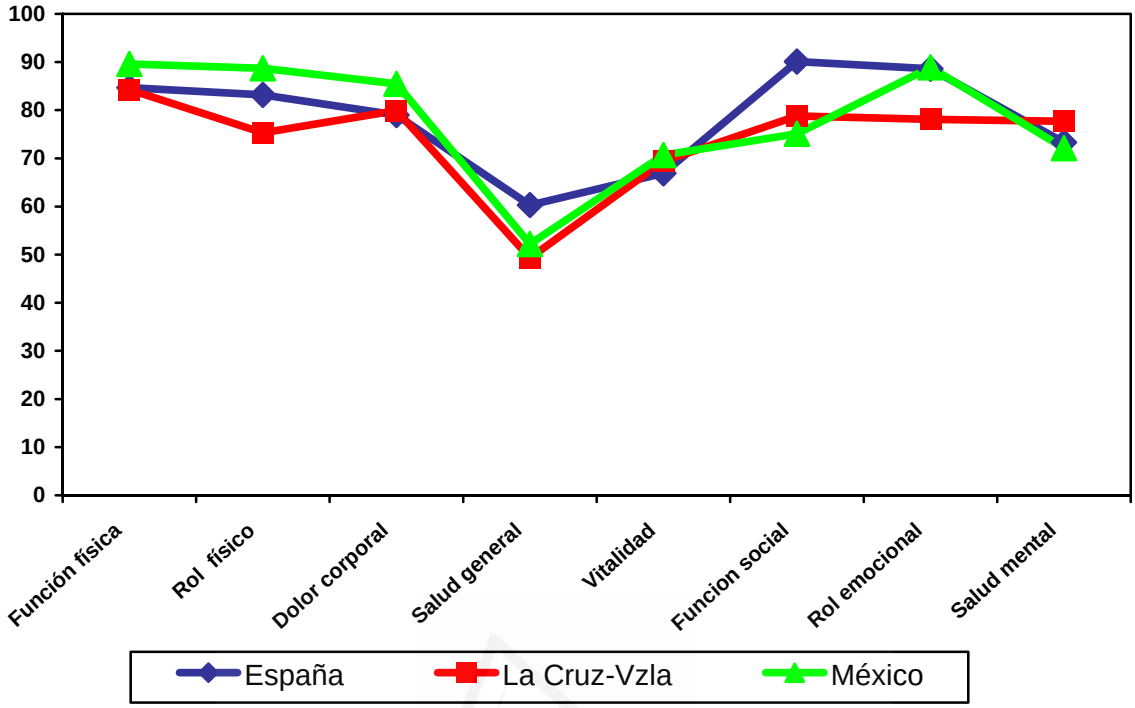
a) Variabilidad y distribución de las respuestas del SF-36

Cuando se compara los resultados alcanzados en el estudio 2 y 3 con otros estudios como los del grupo IQOLA que emplean muestras similares y una metodología similar a la empleada en esta investigación, se observa que las puntuaciones son diferentes. En parte ello puede deberse a que los países del grupo IQOLA donde se han desarrollado las adaptaciones del SF-36 no pertenecen a Latinoamérica. De igual forma, existen otras investigaciones realizadas con población latinoamericana, pero que residen en países como Estados Unidos. Por tanto, la comparación con estos estudios sólo permite una orientación en cuanto a la tendencia de las escalas, que en cualquiera de los casos representa resultados de gran valor. Sólo tenemos conocimiento del estudio realizado en Venezuela con pacientes con VIH que se recuerda no se realizó el proceso de adaptación transcultural y dos en México, uno llevado a cabo en población de un centro de salud y otro en población general.

Las puntuaciones del los estudio de Durán et al. (2004), llevado a cabo en población general en México muestran valores semejantes a los del presente estudio. Así mismo los valores del cuestionario validado siguen un patrón similar al de la escala original de Alonso et al. (1998). Los resultados sugieren que la adaptación del cuestionario SF-36 venezolano evalúa la CVRS de forma similar al original y a otros cuestionarios validados en países latinoamericanos como es el caso de México (ver figura 12).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Figura 12
Comparación de resultados entre diferentes muestras



Al valorar las puntuaciones de la muestra distribuida a lo largo de toda la amplitud de la medida, se observa que los resultados están sesgados hacia el extremo que denota una excelente CVRS (efecto techo, -*ceiling*-) en las escalas correspondientes a rol físico, dolor corporal, y rol emocional. Esta característica se cumple de igual forma en los estudios señalados anteriormente, así como también en otros estudios como el de Ayuso-Mateos et al. (1999) que valoran la CVRS a través del SF-36 en población general con problemas psiquiátricos. Por tanto, el efecto techo siempre será más prevalente y problemático que el efecto suelo, sobre todo cuando se trata de estudiar la población general que comprende todos los grupos de edades a partir de los 15 años de edad, lo que causa una limitación del cuestionario.

b) Fiabilidad

En lo concerniente a la fiabilidad, cabe señalar que los valores alfa de Cronbach obtenidos en las diferentes escalas fluctúan entre 0,74 y 0,94 a excepción de la escala de salud general que presenta un valor inferior a 0,70. Los valores son similares al instrumento español excepto en esta última

dimensión. Este hallazgo puede deberse a la existencia de aspectos culturales que modulan la forma de cómo se interpretan las preguntas que conforman esta escala, teniendo presente que es una población con un nivel educativo muy bajo. La reducción en el número de alternativas de cuatro de los ítems de la escala, también puede explicar un descenso en su fiabilidad.

c) Validez de constructo

c.1. Análisis factorial: El análisis factorial confirma la existencia de dos factores. Este resultado confiere validez adicional al cuestionario validado en Venezuela porque sus resultados son similares a los alcanzados por los investigadores del grupo IQOLA (Ware et al. 1998). Sin embargo, es importante comentar que la dimensión función social presenta saturaciones similares en ambos factores. Este resultado es similar al encontrado en el estudio de Gandek et al. (2004), aunque ellos no hacen referencia a este hallazgo. La función social no obstante, tiene una correlación más alta y significativa con la componente mental, lo cual es congruente con otros estudios que analizan las relaciones entre las dimensiones de la calidad de vida (Cabañero et al. 2004).

c.2. Validez convergente y divergente

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- APGAR familiar: Los coeficientes de correlación entre el cuestionario de APGAR familiar y las escalas del SF-36 señalan una relación entre las escalas de rol emocional y salud mental con el instrumento de funcionalidad familiar, aunque con valores bajos. Sin embargo, aunque es una correlación de poca relevancia, era de esperarse ya que el constructo teórico del APGAR familiar mide elementos relacionados con componentes afectivos. No se han encontrado estudios en los que se comparen ambos instrumentos.

- Graffar modificado y Método NBI: Estos dos cuestionarios muestran bajas o nulas correlaciones con las escalas del SF-36. Una de las causas se puede atribuir a la poca variabilidad que presentan los cuestionarios en su puntuación total en esta población. No existen estudios en el que se correlacionen cuestionarios de CVRS con instrumentos como éstos. Existen estudios en el

que establecen correlaciones entre instrumentos de CVRS y determinadas variables como es ingreso económico o el nivel educativo, que son componentes del Graffar modificado y del NBI; sin embargo, no podemos establecer comparaciones con este tipo de estudio porque el Graffar modificado y el NBI son cuestionarios que aportan un valor único y no están compuestos por escalas.

- Actividades físicas: La relación del SF-36 con variables como actividad física confirman los resultados encontrados en otros estudios en el que la actividad física tiene relaciones positivas con las medidas de CVRS. Así encontramos en nuestro estudio una relación significativa de 0,22 entre ésta y la escala de función física, seguida por la salud general y la vitalidad, lo que se traduce en que a mayor actividad física mejor CVRS en cuanto a la componente física se refiere. Los estudios de Castillón, Peralta, Banegas, López y Rodríguez (2004) y Stewart, Nápoles y Springer (2000), aunque se realizan en población general adulta mayor, muestran una ligera correlación entre la variable actividad física y la dimensión función física del SF-36 español. Otras investigaciones como la de Kersell, Flicker, Jolley, Arroll y Joong (1999) encuentran que la actividad física mejora la salud autopercibida. De igual forma, los estudios de King, Dolan, Gudex y Williams (1999), en población general, muestran una relación entre la actividad física y la esfera de la función física.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

- Presencia de enfermedades: El número de patologías se relaciona con la CVRS. Las relaciones son más altas para salud general, dolor corporal seguido en orden decreciente por rol físico y función física. Diversos estudios como los de Stansfeld, Roberts y Food (1997) o Sprangers et al. (2000), coinciden con lo señalado; a mayor número de enfermedades peor CVRS. Otros estudios comparativos entre grupos de pacientes y personas sanas como los de Arocho y McMillan (1998) y el de Gonzáles, Quintana, Aróstegui, Padierna, Martínez, Crespo y Vesga (2005) muestran que la CVRS, medida a través del SF-36, se ve afectada por la presencia de patologías.

- Consumo de medicamentos: Los datos de este estudio son similares a los encontrados por Bastardo y Kimberlin (2000) en el que existe una relación significativa entre el consumo de medicamentos y apoyo social. Si recordamos que estamos trabajando con población rural con bajos recursos económicos, y en un país en vías de desarrollo, una de las posibles causas de la relación entre la variable consumo de fármacos y la escala de función social, puede deberse a la importancia de la adquisición de medicamentos para las personas que enferman en un momento determinado. Es decir, la dimensión función social puede estar afectada en aquellas personas que presentan alguna patología que requiere de medicamentos para su tratamiento, pero que no lo puede adquirir por limitaciones económicas. Por tanto la enfermedad les limita en su dimensión social. Por ejemplo; una persona con ulceras varicosas, que no tiene recursos económicos para su tratamiento se aísla de la población por miedo al rechazo público, igual ocurre con las personas que sufren crisis convulsivas y no consumen los antiepilépticos por miedo a presentar una crisis fuera de casa se aíslan de la comunidad. Todo lo dicho hasta el momento, nos lleva a afirmar que el instrumento presenta buenas propiedades de validez y que además, es de utilidad en el área comunitaria de población general.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.2.2. Cuestionario APGAR familiar

Como ya existía una traducción del APGAR familiar en Venezuela y además, por tener una amplia trayectoria de su uso, tanto en el área clínica como comunitaria, decidimos realizar un análisis psicométrico del mismo y así poder determinar su equivalencia con el cuestionario original. La puntuación media de los resultados alcanzados en la investigación es similar a los de la versión original de cinco opciones de respuesta (Smilkstein et al. 1982). Sin embargo, difieren de otros estudios como el de Bellón et al. (1995), esta diferencia se justifica porque se utilizan escalas con alternativas de respuesta diferentes. En cuanto a la consistencia interna medida a través del alfa de Cronbach los resultados son similares a los alcanzados en el cuestionario original, obteniéndose valores por encima de 0.70, lo que demuestra que en la práctica todos los ítems de la escala han medido aspectos relacionados entre

sí. En cuanto a la validez del instrumento, el análisis factorial reveló un solo factor, poniendo de manifiesto que el APGAR familiar venezolano es una escala unidimensional, lo que concuerda con el marco teórico que originó su diseño (Smilkstein 1978) con el estudio de Bellón et al. (1995). En relación a la validez convergente-divergente el APGAR familiar mantiene correlaciones positivas estadísticamente significativas con algunas de las dimensiones del SF-36. Por otra parte, al establecer correlaciones con los instrumentos Graffar modificado y Método NBI se obtienen correlaciones divergentes lo que significa que miden constructos diferentes. Estos resultados alcanzados eran los esperados, en el que el APGAR familiar converge con algunas escalas del SF-36 porque miden conceptos similares y diverge totalmente de los instrumentos que miden nivel de vida desde otro punto de vista como son el Método NBI y el Graffar modificado.

En cuanto a su relación con variables sociales y de salud, encontramos una relación positiva entre el número de hijos y el cuestionario; este hecho confirma lo encontrado en los estudios de Rodríguez, et al (1995) y de Mora (2002), en los que el grado de funcionalidad familiar se ve afectado por el número de hijos que tiene la familia. De igual forma se pudo determinar que la variable ocupación se relaciona en forma positiva con los ítems de participación y resolución, resultados similares a los encontrados en los estudios de Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfar y Herrera, (2007), Gonzáles et al. (2003) y Guevara et al. (2004) en los que dependiendo del tipo de actividad y las horas que dedican a su actividad laboral están más o menos satisfechos con la participación dentro del grupo familiar y con las decisiones y capacidad resolutiva de la familia afectando de forma positiva o negativa la funcionalidad familiar. En cuanto a la relación entre la variable presencia de enfermedades y el APGAR, las relaciones son positivas pero no significativas excepto con el ítem de resolución, el cual mantiene una correlación baja pero significativa. El estudio llevado a cabo por Dueñas et al. (2007) confirma esta relación en la que la funcionalidad familiar está afectada por esta variable, especialmente por enfermedades de tipo mental (depresión y ansiedad).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.2.3. Instrumentos de medición de estratificación social y líneas de pobreza

El Graffar y el NBI son los dos instrumentos de mayor uso en Venezuela para medir la línea de pobreza en la que se encuentra situada nuestra sociedad. El Método NBI, como se mencionó anteriormente, no fue analizado psicométricamente cuando se elaboró, por tanto no se conocía de su validez y fiabilidad; y en la mayoría de los estudios han hecho uso de él como instrumento único para clasificar a la población en estratos de pobreza, sin conocer en realidad las dimensiones que lo componen. Así mismo, el Graffar modificado por Méndez fue analizado psicométricamente en el año 1975, sin embargo, no se ha realizado estudio alguno en el que se continuase con el proceso de validez psicométrica en los últimos 25 años.

Como no es posible determinar la consistencia interna de estos instrumentos por no poseer escalas de tipo Likert o por presentar una consistencia baja (Abad et al. 2005), se decidió elaborar un análisis relacional en los elementos de los dos cuestionarios. Con respecto al Graffar modificado se observó una correlación adecuada de cada uno de los ítems con la escala total como era de esperarse, sin embargo la relación entre ítems es baja aunque en algunos casos significativos; es lógico que ocurran estas relaciones bajas, porque cada uno de ellos mide elementos diferentes. Por su parte, las relaciones que aparecen entre los ítems del NBI son diferentes, aparecen correlaciones tanto positivas como negativas, lo que significa que este cuestionario esta midiendo dos cuestiones diferentes, además un elemento que es significativo es la baja correlación del ítem de inasistencia escolar con el instrumento general. Una de las posibles causas explicables a este hecho es que en Venezuela hoy en día aunque exista un déficit en las necesidades básicas de las comunidades rurales y un índice de pobreza elevado desde el punto de vista económico, los programas educativos que lleva a cabo el Estado y el apoyo de unidades educativas centrales al medio rural hacen que ésta no sea una variable relevante dentro de la clasificación de las líneas de pobreza.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En cuanto a la validez de constructo, realizada a través del análisis factorial, se determinó que el Graffar modificado contiene dos factores. Estos resultados son diferentes a los alcanzados en el estudio de Contasti (1975) en el que identifican un factor único. Una posible explicación de esta diferencia se debe a que en este estudio se estableció el análisis factorial a través de la técnica de componentes principales y por rotación varimax, tomando en cuenta los cuatro ítems que componen el instrumento, mientras que en el estudio de Contasti (1975) justifican la presencia de un factor único a partir de las saturaciones alcanzadas. Como conclusión de este resultado se considera que es necesario realizar otros análisis que afiancen la validez del instrumento, y que se aplique a una muestra mayor, ya que es el instrumento por excelencia utilizado en Venezuela para la estratificación social de la población. Por otra parte, en relación al Método NBI es un instrumento que esta compuesto por tres factores a saber: infraestructura de la vivienda, condiciones económicas, de agrupación del grupo familiar dentro de la vivienda y la educación de los niños.

En conclusión, se puede determinar que estos dos instrumentos miden cuestiones similares en cuanto a vivienda se refiere, aunque se complementan, y en el campo de la investigación deben emplearse en conjunto para evaluar condiciones socioeconómicas de una población. Esta conclusión se ratifica cuando se realiza las correlaciones convergentes y divergentes y se observa como los dos instrumentos presentan correlaciones altas y significativas entre algunos de sus ítems como son las condiciones de vivienda y disponibilidad de servicios básicos.

Al examinar las relaciones entre estos dos instrumentos y la variable salud, observamos que en el estudio aparecen relaciones significativas, lo que muestra la influencia del medio social sobre la salud física de las personas. Estas relaciones son las que se esperan de acuerdo a estudios previos realizados en Latinoamérica, como por ejemplo los de Amaya-Castellanos et al. (2002), Acosta et al. (2002), Cuevas et al (2004), Montilva et al. (2003), Ortiz et al. (2000), Rodríguez et al. (1995) y Rozowski et al. (2001), en los que se muestran relaciones entre el nivel socioeconómico de las personas, el índice

de necesidades básicas insatisfechas y la presencia de enfermedades hídricas, de piel y nutricionales. En cuanto a las variables demográficas como edad y género, se observó que las relaciones son bajas; era de esperarse estas bajas relaciones por la homogeneidad de las personas en cuanto a su estratificación social dentro de la sociedad y la ausencia de necesidades básicas cubiertas.

4. Comparación del desarrollo social, los hábitos y estilos de vida y la salud de las poblaciones de Escalera y Miraflores (tercer estudio)

En Venezuela se han realizado una serie de estudios, bien para conocer la calidad de vida de las personas en función de indicadores socioeconómicos, bien para conocer la necesidad de servicios de atención de salud o para evaluar la prevalencia en la comunidad de enfermedades en grupos específicos y así determinar su calidad de vida y situación de salud. Sin embargo, no disponemos de trabajos que se hayan dirigido a evaluar la CVRS y la CVG en la población general, como tampoco existen estudios que tengan como objetivos evaluar la intervención comunitaria empleando todas las dimensiones que incluyen estos instrumentos y otras variables más.

Una vez que se ha comprobado la validez y fiabilidad de los instrumentos utilizados en esta investigación para ser utilizados en población general venezolana (y sin renunciar a esa gran inquietud de saber si la intervención del equipo de salud ha generado cambios positivos en pro de las comunidades, desde una óptica amplia y compleja que incluye el desarrollo social, los hábitos y estilos de vida así como la salud de la población) se ha identificado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las dos poblaciones por género y edad; solo aparecen diferencias significativas si a estas dos comunidades las agrupamos en cuatro grupos de edad de acuerdo a la clasificación actual del MSDS de Venezuela (adolescente, adulto joven, adulto maduro y adulto mayor). Bajo esta forma de agrupación encontramos que en la Escalera existe un discreto predominio de personas con mayor edad (35,7%) compuesta por el grupo de adulto maduro y adulto mayor, frente a Miraflores, en la que éste grupo está compuesto por el 30% de la población. En cuanto a

las variables relevantes para esta investigación, sólo las variables nivel educativo, ocupación y disponibilidad económica mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las comunidades, circunstancia que es relevante, porque permite informar si la intervención del equipo de salud está generando cambios o no, por ser variables intervenidas por éstos y por otros organismos gubernamentales como es el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Deporte.

Dado que existe poca información de estudios en los que se hayan utilizado la metodología empleada en esta investigación, y no es oportuno establecer comparaciones con investigaciones que han empleado otras modalidades de diseño, nos limitaremos principalmente a informar qué parte de las diferencias obtenidas en el análisis de desarrollo socioeconómico de las comunidades pueden atribuirse a la intervención llevada a cabo por el equipo de salud tanto a nivel comunitario, como de centros educativos lo que ha repercutido en forma positiva en el desarrollo social de la población. De igual forma, respecto al análisis de cambios referentes a la interacción comunitaria, se puede establecer una clara relación entre la intervención del equipo de salud y el grado de integración comunitaria. A este resultado se suma la valoración hecha por las personas acerca de los programas puestos en práctica por el equipo de salud al servicio de la comunidad.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Respecto al análisis de cambios entre las dos comunidades en cuanto a las variables que miden CVG como son las socioeconómicas medidas a través del Graffar modificado y del Método NBI, al margen de la significancia estadística que existe, se puede establecer que esta diferencia se debe a la implementación de programas por parte del equipo de salud que tienen como objetivo la mejora del estrato social de la población. En cuanto a la funcionalidad familiar de ambas comunidades, al margen de los valores de significancia estadística, se observa que en ambas poblaciones la buena funcionalidad familiar es elevada. Estos resultados difieren de los encontrados por Mora (2002) y Franco y Mendoza (2002), realizados en barriadas urbanas con niveles de pobreza similares, en las que existe un alto grado de disfuncionalidad familiar. En este caso una explicación a ello puede deberse a

la existencia de una interacción positiva de las familias que les ha llevado a mantener o reforzar, en la medida de lo posible, su entorno familiar. Son familias que, a pesar de estar viviendo en sectores pobres del municipio, no les ha afectado los problemas que se observan, por ejemplo, en las familias que viven en igualdad de condiciones económicas, en un contexto comunal desprovisto y deficitario, pero con una gran cantidad de factores de riesgo como son la presencia de sustancias tóxicas ilegales, la prostitución, la delincuencia, entre otras, que degradan la situación personal atentando contra la cohesión y la salud mental del grupo familiar.

En relación a las conductas de salud, al margen de la diferencia estadística existente, se encuentran que el nivel de ejercicios es moderado en ambas comunidades, tomando en cuenta que se excluye la actividad diaria de caminar, porque la actividad laboral a la que se dedican las personas las obliga a trasladarse a grandes distancias desde su casa al sitio trabajo, aunado al déficit de transporte en la zona y a la difícil accesibilidad tanto a las viviendas como a los lugares de trabajo. Por tanto, aunque existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas comunidades sus condiciones ambientales son similares. Nuevamente estos resultados se relacionan con la buena CVRS que presentan ambas poblaciones, y es una muestra más de validez del cuestionario SF-36. En lo referente a la higiene personal, el descanso y la práctica de actividades recreativas por las personas de las comunidades, es la población de Escalera la que ha mostrado unos mejores indicadores de hábitos y estilos de vida en comparación con la población de Miraflores, parte de estos cambios se debe a la intervención del equipo de salud que incentiva a la población con los programas de educación para la salud a mejorar sus hábitos, además son personas que solo necesitan información y un poco de ayuda para motivarse y comenzar a cambiar sus hábitos.

Al valorar el consumo de sustancias nocivas en ambas comunidades, al margen de la significancia estadística se observó que existe un incremento de consumo por parte por parte de la comunidad intervenida, esto aunque resulte paradójico es un signo de desarrollo económico, porque tienen a disponibilidad

una mayor cantidad de dinero para adquirir el chimó, tabaco y alcohol, al igual que ocurre con la obtención de una variedad de alimentos para su consumo. Por otra parte al haber una mayor disponibilidad de dinero las personas invierten en otras actividades como es la colocación en sus casas de pequeños negocios de economía sumergida que abastece a la población.

Con respecto a la salud de la población medida a través de la CVRS se observó que aunque existen diferencias de medias entre ambas poblaciones en las distintas dimensiones del SF-36, no se alcanzan valores de significancia estadística, excepto en la dimensión social en la que se observa una discreta diferencia estadística entre ambas poblaciones. Como se mencionó en la introducción de esta investigación, existen estudios que avalan la utilidad que presenta el SF-36 para monitorizar el efecto de una intervención clínica, (véase, Iraurgi et al. 2004, Ayuso-Mateos et al. 1999, Permanyer, Brotons, Ribera, Moral, Cascant, Alonso y Martínez (2001) y Salinas-Sánchez et al. 2002) en los que, posterior a la intervención médica, se observaron cambios favorables en la CVRS de los pacientes. Sin embargo, no se han realizado todavía estudios empíricos con el SF-36 en los que se demuestre cambios a nivel de población rural posterior a la intervención de un equipo de salud a nivel comunitario. Se justifica la ausencia de este tipo de investigaciones porque los instrumentos de CVRS tienen como meta principal detectar cambios que sean clínicamente importantes, lo que depende de la naturaleza de la intervención.

En la presente investigación puede deberse la ausencia de cambios significativos al hecho de que la intervención comunitaria se inició realmente en el año 2000, lo que implica que lleva poco tiempo de aplicación. Es de destacar que, a pesar de la no existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las dos poblaciones, si se realiza una evaluación de la CVRS clasificando a la población por estratos de edad, encontramos que la comunidad intervenida (Escalera) (que como se mencionó anteriormente es la de mayor edad), presenta una CVRS muy similar a la de Miraflores (que es la comunidad con población más joven); por tanto, se puede decir, que se apuntan a cambios en la CVRS de la comunidad intervenida. Este resultado iría en la línea de los estudios llevados a cabo por Alonso et al. (1998), Espinosa et

al. (2002), Failde y Ramos (1999), López-García et al. (2003), Rebollo et al. (2001), o Duran et al. (2004), en los que demuestran que a mayor edad peor puntuación presentan las personas en las diferentes dimensiones del SF-36. Por otra parte, se debe señalar que esta investigación presenta una limitación importante: no se tienen datos previos de la comunidad intervenida. Por lo tanto, no se puede hacer una evaluación específica de sensibilidad al cambio. Esto induce al uso de otra herramienta como es la comparación entre dos comunidades.

Además de evaluar la salud de la población a través de una medida de salud, uno de los indicadores que utiliza el sistema sanitario de salud para evaluarla son los de morbilidad. Como lo expone Alonso (2000), el uso en conjunto de éstos con las medidas de CVRS proporcionan información más completa del fenómeno salud/enfermedad de la población. En la presente investigación, además de observar una diferencia significativa entre ambas poblaciones en relación al número de patologías y el consumo de medicamentos, se puede determinar que no existe un solapamiento entre los indicadores de morbilidad y la medida de CVRS. Es importante recordar que las comunidades presentan valores altos en la mayoría de las dimensiones del SF-36, y se observa como a pesar de existir un determinado número de personas que presentan ciertas patologías, la prevalencia no es de gran magnitud. Lo que corrobora una moderada variación compartida entre los indicadores tradicionales y el SF-36. Los resultados alcanzados aquí son en gran medida coincidentes con las investigaciones llevadas a cabo por Failde y Ramos (2000), Gwyn, Ball, Russell, Primrose, Garratt y Crawford (2001), López-García et al. (2003) y con otras investigaciones como las de Lizán-Tudela y Reig-Ferrer (1997) y Richart et al. (1999) en las que con una metodología similar aplican medidas de CVRS para investigar las relaciones entre estas y variables de salud. Encontrando una asociación entre la presencia de patologías y el empeoramiento de algunas dimensiones de la CVRS. Los resultados presentados en esta investigación deben interpretarse con precaución, porque no se ha contemplado a la población con alguna patología grave tanto física como mental, ya que éstas personas presentan

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

más problemas de salud, por lo que su exclusión implica que los resultados pudieron sobrevalorar el estado de salud de las comunidades rurales.

V. CONCLUSIONES

A. Efectos de la intervención comunitaria:

1. Se puede concluir, en cuanto al desarrollo sociocomunitario, que la comunidad intervenida de Escalera ha presentado cambios positivos en su desarrollo social. La población ha tenido una mayor implicación en los problemas que le afecta, ello debido, quizás, a la mejora de sus relaciones sociales. En general, se ha fortalecido el tejido social de esta comunidad que va desde una mejor relación con los amigos, pasando por el compartir y la solidaridad en general, hasta la lucha en conjunto por una vida mejor; ello no ocurre en la población de Miraflores con la misma frecuencia. Por otra parte, de acuerdo a la valoración que hacen las comunidades de los programas sociales que se han llevado a cabo, bajo la perspectiva de la participación comunitaria, la intervención hecha hasta el momento de la evaluación en la población de Escalera ha facilitado la construcción de procesos de organización, formación y participación comunitaria sostenibles.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2. En cuanto a la CVG, medida con los indicadores de pobreza, se observa que la comunidad de Miraflores continúa sumergida en el nivel más bajo del estrato socioeconómico, mientras que la comunidad de Escalera ha modificado de forma lenta pero progresiva su estrato social. A pesar de ello, aunque la comunidad de Escalera sigue formando parte de la clasificación de hogares pobres. En el ámbito de la funcionalidad familiar los resultados sugieren que la intervención del equipo de salud con programas educativos a padres e hijos ha permitido mantener una buena funcionalidad familiar en la población intervenida.

3. En relación a los hábitos y estilos de vida, se concluye que: en la práctica de actividades físicas la comunidad de escalera presenta una mayor frecuencia de ellas; en las actividades de descanso, las dos comunidades dedican un tiempo similar en horas de sueño; en cuanto a los hábitos de higiene personal, la

mayor diferencia se observa en la higiene bucal, siendo Escalera donde se practica con mayor frecuencia él hábito del cepillado dental; en las actividades del tiempo libre son las personas de Escalera las que practican con mayor frecuencia actividades recreativas en comparación con Miraflores; en cuanto al consumo de los grupos básicos de alimentos, la comunidad de Escalera es quien presenta una mejor alimentación, existe un mayor consumo por parte de carnes rojas y blancas, hortalizas, vegetales, leche y sus derivados; en referencia al consumo de sustancias nocivas: el cigarro y el chimó se consumen más en Escalera que en Miraflores, es también la comunidad intervenida donde se consume un mayor número de bebidas alcohólicas.

4. En cuanto a las variables de salud: en relación a la CVRS no aparecen diferencias entre ambas comunidades a excepción de la dimensión rol emocional. En comparación con la comunidad de Escalera la población no intervenida presenta un mayor número de enfermedades prevenibles (procesos patológicos genitourinarios, problemas respiratorios, lesiones de piel y enfermedades hídricas). Sin embargo, la población de Escalera presenta una prevalencia mayor (hipertensión y patologías cardíacas). También en la comunidad intervenida se acude con mayor frecuencia al centro de salud y se consumen más medicamentos.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

B. Sobre los criterios métricos de los instrumentos empleados

La versión venezolana del SF-36

1. El instrumento es viable: mediante entrevista personal la tasa de respuesta es del 100%; su tiempo de aplicación es de 10 minutos; se acepta bien por los entrevistados y muestran interés por las cuestiones planteadas.

2. La distribución de las puntuaciones es similar a las obtenidas en otros estudios. Aparece efecto techo en las dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal y rol emocional en la misma línea que en la adaptación española.

3. La fiabilidad es buena en todas las escalas a excepción de la dimensión salud general.
4. La estructura factorial presenta dos factores: uno físico y otro mental. El SF-36 muestra un comportamiento convergente con el APGAR familiar y divergente con el Método NBI y el Graffar modificado. El comportamiento relacional con las variables de salud, hábitos y estilos de vida van en la línea esperada.

Sobre el comportamiento del APGAR familiar, Graffar modificado y Método NBI.

1. El APGAR familiar es viable, con una tasa de respuesta del 100% aplicado a través de entrevista personal; los valores se distribuyen a lo largo del recorrido escalar, aunque se concentran en los valores más altos. Su fiabilidad es buena; su estructura es unifactorial (funcionalidad familiar); muestra un comportamiento convergente con el componente mental del SF-36 y divergente tanto con el Graffar como con el Método NBI. El comportamiento relacional con la variable de número de hijos va en la línea esperada.

2. La variabilidad en las respuestas del Graffar modificado es mínima. Su estructura factorial revela la presencia de dos factores claramente definidos: situación social de las personas y condiciones de infraestructura de la vivienda. Presenta un buen comportamiento convergente con el método NBI mientras que diverge con el SF-36.

3. El Método NBI presenta también una escasa variabilidad en la distribución de sus puntuaciones. Muestra una estructura trifactorial: condiciones del hábitat, recursos económicos familiares y nivel educativo de los escolares. Converge adecuadamente con el Graffar modificado y diverge tanto con el SF-36 como con el APGAR familiar.

C. Viabilidad de los indicadores para evaluar la morbilidad, hábitos y estilos de vida e integración comunitaria

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1. En todos estos indicadores la viabilidad fue adecuada, para todos y cada uno de ellos; no hubo valores perdidos, lo que revela una validez aparente notoria.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., y Keller, S. (1992). International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual.Life Res, 1,* 349-351.

Abad, F., Garrido, J., Oleay, J., y Ponsoda, V. (2005). Introducción a la psicometría. Teoría clásica de los test y teoría de la respuesta al ítem. [Libro en línea]. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Disponible: http://www.gateway.ovid.com .

Acosta, M., Cazorla, D., y Garvett, M. (2002). Enterobiasis en escolares de una población rural del Estado Falcón, Venezuela y su relación con el nivel socioeconómico. *Invest. Clin, 43,* 13-24.

Alaminos, A. (1998). Teoría y práctica de la encuesta: aplicaciones a los países en vías de desarrollo. San Vicente (Alicante): Club Universitario.

Alonso, J. (2000). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria, 14,* 163-167.

Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. (1995). La versión española del SD-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin. (Barc), 104,* 771-776.

Alonso, J., Prieto, L., Ferrer, M., Vilagut, G., Broquetas, J., Roca, J., Batlle, J., y Antó, J. (1998). Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. Quality of Life in COPD Study Group. *J Clin.Epidemiol. 51,* 1087-1094.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin. (Barc), 111,* 410-416.

Alvira, F. (1998). Metodología de la evaluación de programas. (2ª.ed).México: Trillas.

Amaya-Castellanos, D., Viloria-Castejón, H., Ortega, P., Gómez, G., Urrieta, J., Lobo, P., y Estevez, J. (2002). Déficit de vitamina A y estado nutricional antropométrico en niños de población marginal urbana y rural marginal del Estado Zulia, Venezuela. *Invest Clin, 43,* 89-105.

Apodaca, C. (1999). Evaluación de los servicios sociales comunitarios. *Revista de Psicología y Ciencias Afines, 13,* 34-46.

Arias, L., y Herrera, J. (1994). El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica, 25,* 26-28.

Arocho, R. y McMillan, C. (1998). Discriminant and criterion validation of the US-Spanish version of the SF-36 Health Survey in a Cuban-American population with benign prostatic hyperplasia. *Med Care, 36,* 766-772.

Ayuso-Mateos, J., Lasa, L., Vázquez-Barquero, J., Oviedo, A., y Diez-Manrique, J. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatr.Scand, 99,* 26-32.

Badia, X. y Baró, E. (2001). Cuestionarios de salud en España y su uso en atención primaria. *Atención Primaria, 28,* 349-356.

Badia, X., y Carné, X. (1998). La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico, *Med Clin (Barc), 110,* 550-556.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Badía, X., y del Llano, J. (2000). Investigación de resultados de salud. *Med Clin. (Ba.), Supl 3, 114,* 1-7.

Badía, X., y Lizán-Tudela, L. (2004). Estudios de calidad de vida. En: Atención Primaria. (5ª. ed) (pp: 250-256). Madrid: Edit Mosby.

Badia, X., Salamero, M., y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud. Guía de escalas en español*. (3ª. ed.) Barcelona: Edimac.

Bahsas, F. (1999). *Instrumentos en el ejercicio de medicina de familia*. Consejo de publicaciones (CDCHT).Universidad de Los Andes. Mérida.

Bastardo, Y., y Kimberlin, C. (2000). Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in Venezuela. *AIDS Care, 12,* 673-684.

Bello Lujan, L., Suárez Rivero, J., Prieto, R., y Serra, M. (1999).Variables sociales y sanitarias asociadas a la autopercepción del Estado de salud en la población adulta de Gran Canaria (Islas Canarias). *Aten.Primaria, 24,* 533-536.

Bellón, J., Delgado, A., Luna, J., y Lardelli, P. (1995). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Atención Primaria, 18,* 289-296.

Bellón, J., Delgado, A., Luna, J., y Lardelli, P. (1995). Influencia de la edad y el sexo sobre los distintos tipos de utilización del APGAR familiar. *Gaceta sanitaria, 17,5,* 412-419.

Boltvinick, J. (1999). Pobreza y necesidades básicas. Concepto y métodos de medición. Caracas: PNUD.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Boltvinik, J. (2003). El método de medición de pobreza integrada de la pobreza. Una propuesta para su desarrollo. *Revista Comercio Exterior, 42,* 354-365.

Boruch, J. (1997). Coaliciones comunitarias: una estrategia participativa para el campo social. *Intervención Psicosocial, 12,* 251-267.

Brazier, J., Roberts, J., y Deverill, M. (2002). The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *J Health Eco, 21,* 271-292.

Cabañero, M., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M., Reig-Ferrer, A., y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema, 16,* 448-455.

Casas, J., Repullo, J., y Pereira, J. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc), 116,* 789 -796.

Camos, M. (1995). Ruralidad y calidad de vida: Una propuesta conceptual. *Intervención Psicosocial, 12,* 7-16.

Castellano, M. (1986). Estratificación social y biología humana. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría, 49,* 14-26.

Castillón, P., Peralta, P., Banegas, J., López, E., y Rodríguez, F. (2004). Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Med Clin (Barc), 123, 606-610.*

Censo Nacional de Venezuela. (2001). En: Instituto Nacional de Estadística. Disponible: http://www.ine.gov.ve/ine/censo/censo.htm.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Chen, Y.C., Smilkstein, G., y Chen, C.C. (1980). A preliminary study of family APGAR*. Acta Pediatric Scand, 21*, 210-215.

Cohen, B. (1995). Utility measurement and the allocation of health care resources. *Med Decis.Making, 15,* 287-288.

CONAEVA (Comisión Nacional de la Evaluación de Educación Superior). (1990). Lineamientos generales para la evaluación de la educación superior. México: Autor.

Comité conjunto para la evaluación (1998). Formación y creación de empleo. En Fondo de formación del Estado (Ed) herramientas nº 4 (pp. 189-213). Caracas: Autor.

Contasti, M. (1999). Relación entre la variable talla y la variable puntaje socioeconómico Graffar en varones de 7 a 13 años. *Acta Científica Venezolana, 50,* 151-159.

Contasti, M. (1975). Graffar-Méndez Castellano. Estructura y validez. En H Méndez., y M, Méndez. (Eds.).*Sociedad y estratificación. Método Graffar Méndez Castellano* (pp. 157-174).Caracas: FUNDACREDESA.

Contasti, M (2004). Magnitud y estructura de la influencia estadística de factores socioeconómicos sobre la talla de varones de 2 a 17 años. *Interciencia, 29,* 612 – 616.

Cuevas, L., de La Hoz, F., León, C., Guerreo, M., Gamboa, L., y Araujo, M. (2004). Caracterización clínica y sociodemográfica de casos nuevos de lepra en municipios endémicos y no endémicos de Colombia. *Rev.salud pública, 6,* 1-11.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Delvecchio, M., Smilkstein, G., Byron, J., Good, J., Shaffer, T., Arons, T., y Seattle, W. (1979). The Family APGAR Index: A study of construct validity. *The Journal of Family Practice, 8,* 572-582.

De Cenzo, M. (2003). La evaluación de programas sociales: fundamentos y enfoques teóricos. *Intervención psicosocial, 18,* 289-317.

Díaz, B. (1994). La evaluación universitaria en el contexto del pensamiento neoliberal. En R, Piccioto y R, Rist (Eds). *La evaluación: Su teoría y práctica*, (pp. 98-117). Buenos Aires: Aique Grupo Editores.

Domingo-Salvany, A., Lamarca, R., Ferrer, M., García-Aymerich, J., Alonso, J., Felez, M., Khalaf, A., Marrades, R., Monso, E., Serra-Batlles, J., y Antó, J. (2002). Health-related quality of life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am.J Respir.Crit Care Med, 166,* 680-685.

Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfar, S., y Herrera, J. (2007). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica, 37,* 31-38.

Durán, L., Gallegos, K., Salinas, G., y Martínez, H. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública de México, 46,* 306-315.

Espinosa, M., Alonso, J., Ancochea, J., y González, A. (2002). Quality of life in asthma: reliability and validity of the short form generic questionnaire (SF-36) applied to the population of asthmatics in a public health area. *Arch. Bronconeumol, 38,* 4-9.

Failde, I., y Ramos, I. (2000). Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. *J Clin.Epidemiol, 53,* 359-365.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Feinstein, O. (1995). *Experiencias latinoamericanas en seguimiento y evaluación*. Quito. La Huella.

Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica I*. Madrid: Pirámide.

Ferrer, M. (2003). Valores y funcionalidad familiar en habitantes del sector San José. *Médico de Familia, 11,* 20-27.

Ferres, J. y Mancero, X. (2001). El Método de las Necesidades Básicas Insatisfechas. *CEPAL- SERIE. Estudios Estadísticos y Prospectivos,* 9-13.

Fetterman, C. (1994). Equidad y transformación productiva como estrategia de desarrollo. Cuadernos del Cendes Nº 21. Caracas: CEPAL.

Franco, M., y Mendoza, M. (2002). Influencia de un programa de educación para padres en los métodos de crianza y patrones de función familiar. *Boletín medico de postgrado, 18,* 146-155.

Fundacredesa. (1994). Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República de Venezuela. Proyecto Venezuela. Tomo II. Caracas-Venezuela: Autor.

Fundacredesa. (1994). Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República de Venezuela. Proyecto Venezuela. Tomo III. Caracas-Venezuela: Autor.

Gandek, B., Sinclair, S., Kosinski, M., y Ware, J. (2004). Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. *Health Care Financ.Rev, 25,* 5-25.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., y Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ, 324,* 1417.

Gómez, L. (2004). Ideas para seguir reflexionando en evaluación de programas sociales. Ponencia presentada en III Congreso Nacional de evaluación de programas sociales. Caracas.

Gómez-Besteiro, M., Santiago-Pérez, M., Alonso-Hernández, A., Valdes-Canedo, F., y Rebollo-Álvarez, P. (2004). Validity and reliability of the SF-36 questionnaire in patients on the waiting list for a kidney transplant and transplant patients. *Am.J Nephrol, 24,* 346-351.

González, N., Quintana, J., Aróstegui, I., Padierna, A., Martínez, E., Crespo, I., y Vesga, M. A. (2005). Translation and psychometric testing of the Basque version of the SF-36 health survey. *Qual.Life Res, 14,* 549-554.

Gonzáles, C., Mejía, M., y D' Avila, M. (2003). Funcionalidad familiar, estrato socioeconómico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la facultad de medicina de la universidad de los Andes. *Revista de Facultad de medicina. Universidad de Los Andes, 12,* 1-4.

Good, M. J., Smilkstein, G., Good, B. J., Shafer, T. y., Arons, T. (1979). The family APGAR index: a study of construct validity. *J Fam Pract, 8,* 577-582.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *COURRIER, VI,* 455-459.

Guevara, C., Henao, D., y Herrera, J. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia Médica, 35,* 173-178.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Gwyn, D., Ball, A., Russell, E., Primrose, W., Garratt, A., Crawford, J. (2001). Problems in using health survey questionnaire in older patients with physical disabilities. The reliability and validity of the SF-36 and the effect of cognitive impairment. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 7,* 411-418.

Hawe, P., Degeling, D., y Hall, J. (1993). *Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de la salud*. Barcelona: Masson.

IMIN (Institut Municipal d'Investigació Mèdica). (2000). Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Disponible en: http// www.imim.es.

INE (Instituto Nacional de Estadística). (2005). Medición de la pobreza en Venezuela 2005. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/ine/eline/sistema1.htm.

INN (Instituto Nacional de Nutrición) (2006). Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional. Disponible en: http://www.inn.gob.ve/sisvan/sisvan.html

Iraurgi, C., Poo, M., y Márkez, A. (2004). Valoración del índice de salud del SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Basca. *Rev Esp.Salud Pública, 78,* 609-621.

Kersell, P., Ficker, M., Jolley, J., Arroll, L., y Joong, S. (1999). Generic health status measures are unsuitable for measuring health status in severely disabled people. *Clin.Rehabil, 13,* 219-228.

Kersten, P., Mullee, M., Smith, J., McLellan, L., y George, S. (1999).Generic health status measures are unsuitable for measuring health status in severely disablet people.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

King, P., Dolan, P., Gudex, C, Williams, A. (1999). Variations in populations health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *BMJ, 316,* 736-741.

Kumar, T. (1995). *Evaluación de impacto. Estrategias de evaluación.* Bogotá: Gráficas América.

Laxague, G., Noguera, G., y Méndez, H. (1986). Investigación sobre la consistencia de las variables utilizadas en el método Graffar modificado. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría, 49,* 105-155.

Liang, M. (2000). Longitudinal construct validity. Establishment of clinical meaning in patient evaluative instruments. *Med Care, 38*, 84-90.

Limaylla, Q. (1997). La evaluación en América Latina. Reflexiones de la I Conferencia Internacional de Evaluación. *Intervención Psicosocial, 4,* 101-111.

Lipina, S., Martelli, M., Vuelta, B., Ricle, I., y Colombo, J. (2004). Pobreza y desempeño ejecutivo en alumnos preescolares de la ciudad de Buenos Aires (República Argentina). *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines., 21,* 153-193.

Litwin, E. (1994). *La evaluación de programas y proyectos: un viejo tema en un debate nuevo*. Buenos Aires: Aique Grupo Editores, S.A.

Lizán-Tudela, L., y Reig-Ferrer, A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: La versión española de las viñetas COOP/ WONCA . *Aten.Primaria, 24,* 75-82.

López-García, E., Banegas, J., Pérez-Regadera, A., Gutiérrez-Fisac, J., Alonso, J., y Rodríguez-Artalejo, F. (2003). Valores de referencia de la versión española

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin. (Barc.), 120,* 568-573.

López, R., García López, F., de Álvaro, M., y Alonso, J. (2004). Perceived mental health at the start of dialysis as a predictor of morbidity and mortality in patients with end-stage renal disease (CALVIDIA Study). *Nephrol.Dial.Transplant, 19,* 2347-2353.

López-García, E., Banegas, J., Gutiérrez-Fisac, J., Pérez-Regadera, A., Díez-Gañan, L., y Rodríguez-Artalejo, F. (2003). Relation between body weight and health-related quality of life among the elderly in Spain. *International Journal of Obesity, 27,* 701-709.

López, M. (1999). *A la calidad por la evaluación*. Madrid: Escuela española.

Lucema, S. (2005). Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud. SF-36. [Documento en línea] Disponible en: http//www. biomed.uninet.edu.

Mannios, Y., Dimitri, M., Moschonis, G., Kocaoglu, B., Sur, H., Keskin, Y., Potvin, L., y Frohlich, K. (2004) Cardiovascular factors among children different socioeconomic status in Istanbul, Turkey: *Lipids Health Dis, 3,* 11-18.

Martín, M., Martínez, M., de Irala, J., Gibney, M., y Kearnay, J. (1999). Percepciones de la población adulta española sobre factores determinantes de la salud. *Atención Primaria, 24,* 34-53.

Martínez, M. (1991). *La investigación en la evaluación de programas sociales. Cuadernos de Sociales.* Caracas (Venezuela). Departamento de Ciencias Sociales. UPEL.

Michel, L. (1999). Desarrollo social comunitario. Las claves del éxito. *Rev Panam.Salud Publica, 18,* 35-47

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

MSDS (Ministerio de Salud y Desarrollo Social) (2002). Estratificación social de la población venezolana. Municipio Andrés Eloy Blanco. Disponible en: http://www.msds.gov.ve/Estadistica/Index.htm

Mollins, M. (1995). Crisis, calidad y evaluación de las universidades: tres temas para el debate. En *Universidad y evaluación estado del debate* Buenos Aires: Aique Grupo Editores.

Montilva, M., Ferrer, M., Nieto, R., Ontiveros, Y., Durán, L., y Mendoza, M. (2003). Uso del Método de Necesidades Básicas Insatisfechas en la detección de comunidades con riesgo de desnutrición. *Anales Venezolanos de Nutrición, 16,* 16-22.

Mora, J. (2002). Funcionalidad familiar y su relación con otras características del ambiente familiar en la práctica de medicina de familia. I.V.S.S. Tesis de maestría no publicada, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Lara.

Navarro Collado, M., Peiró, S., Trenor, G., Ruiz, J., Pérez, I., y Guerola, S. (2000). Factores asociados al resultado funcional y a la calidad de vida en la rehabilitación tras una artroplastia de rodilla. *Med Clin. (Barc), 114,* 250-254.

Nunnally, J. (1978). *Psichometric theory.* (2a. ed.) New York: McGraw-Hill.

Ortiz, D., Alfonso, C., Hagel, I., Rodríguez, O., Ortiz, C., Palenque, M., Lynch, N., y Guerra, N. (2000). Influencia de las infecciones helmínticas y el estado nutricional en la respuesta inmunitaria de niños venezolanos. *Rev Panam.Salud Publica, 8,* 156-163.

Osborne, R., Hawthorne, G., Lew, E., y Gray, L. (2003). Quality of life assessment in the community-dwelling elderly: validation of the Assessment of Quality of Life (AQOL) Instrument and comparison with the SF-36. *J Clin.Epidemiol, 56,* 138-147.

Permanyer, M., Brotons, C., Ribera, S., Moral, P., Cascant, C., Alonso, J., y Martinez, C. (2001). Resultados clínicos y de la calidad de vida de los pacientes tratados con angioplastia coronaria con balón o stent. Estudio multicéntrico prospectivo. *Rev Esp.Cardiol, 54,* 597-606.

Permanyer, M., Brotons, C., Ribera, S., Alonso, C., Cascant, C., y Moral, P. (2001). Resultados después de cirugía coronaria: determinantes de calidad de vida relacionada con la salud postoperatoria. *Rev Esp.Cardiol, 54,* 607-616.

Pérez, A., Prado, D., y Sánchez, F. (2004). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. *Semergen, 2,* 55-59.

Poletti, O., y Barrios, L. (2001). Estudio de prevalencia de talla baja y factores de riesgo relacionados en escolares de corrientes. *An Esp Pediatr, 55,* 300-304.

Poletti, O., Pizzorno, J., y Barrios, L. (2006). Valores medios de tensión arterial en escolares de 10 a 15 años de edad. *Arch. arg .pediatr, 3,* 210-216.

Polit, D. y Hungler, B. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (Sexta edición ed.) México: McGraw-Hill Interamericana.

Portillo-Castillo, Z., Solano, L., y Fajardo, Z. (2004). Riesgo de deficiencia de macro y micronutrientes en preescolares de una zona marginal. Valencia, Venezuela. *Invest Clin, 45,* 17-28.

Prieto, L., Alonso, J., Ferrer, M., y Antó, J. (1997). Are results of the SF-36 health survey and the Nottingham Health Profile similar A comparison in COPD patients. Quality of Life in COPD Study Group. *J Clin.Epidemiol, 50,* 463-473.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Quality Metric Incorporated. (2001) Disponible en: http//www.sf-36.org-information [Consulta: 2003, Enero 12].

Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J. M., Álvarez-Ude, F., Álvarez, N., y Álvarez-Grande, J. (2001). Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. *Nephrol.Dial.Transplant, 16,* 1675-1680.

Reig-Ferrer, A. (2003). Quality of life. En Fernández-Ballesteros, R (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment* London: Sage Publications.

Reig-Ferrer, A., Bordes, P. (1995). La calidad de vida en la atención sanitaria. En *Tratado de Epidemiología Clínica.* Universidad de Alicante y Dupont (Ed.), (pp. 327-343). Madrid: Pharma.

Rezsonady, P. (1998). Aportes metodológicos de la psicología social al desarrollo de las comunidades. Caracas. Monta Ávila.

Richart, M., Reig-Ferrer, A., y Cabrero, J. (1999). *La calidad de vida en la vejez. Sus determinantes biológicos, psicológicos y sociales.* Alicante: Club Universitario.

Rodríguez, F., Gea, S., Gómez, M., y García González, J. (1995). Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Aten.Primaria, 17,* 338-341.

Rossi, P., Lipsey, M., y Freeman, H. (2004). Evaluation a Systematic Approach. (7a ed). London: SAGE Publications.

Rozowski, J., Cuevas, A., Castillo, O., Paulo, P., Strobel, P., Pérez, D., San Martín, A., Barriga, C., Maiz, A., y Leighton, F. (2001). Diferencias en antioxidantes plasmáticos según nivel socioeconómico en mujeres chilenas. *Rev.méd.Chile, 129,* 43-50.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Salas, E. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud. SF-36. [Documento en línea]. Disponible en: http//www.bromed.united.edu.

Salinas-Sánchez, A., Hernández, M., Segura, M., Lorenzo-Romero, J.., y Virseda-Rodríguez, J. (2002). The impact of benign prostatic hyperplasia surgery on patients' quality of life. *Urol.Int, 68,* 32-37.

Sánchez, A. (1991). *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención social*. Valencia: Alfaplus.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica. (2000). Informe anual epidemiológico. Estado Lara-Venezuela.

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and it's used by physicians. *J Fam Pract, 6,* 12-31.

Smilkstein, G., y Ashowort, C. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract, 15,* 303-311.

Sprangers, M., de Regt, E., Andries, F., Van, H., Bil, R., de Boer, J., Foets, M., Hoeymans, N., Jacobs, A., Kempen, G., Miedema, H., Tijhuis, M., y de Haes, H. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life *J Clin.Epidemiol, 53,* 895-907.

Stansfeld, S., Roberts, R., y Foot, S. (1997). Assessing the validity of the SF-36 General Health Survey. *Qual.Life Res, 6,* 217-224.

Stewart, A., Napoles, L., y Springer, A. (2000). Health-related quality-of-life assessments in diverse population groups in the United States. *Med Care, 38,* II102-II124.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Streiner, D., y Norman., G. (1999). Health measurement scales. *Med Decis Making, 23,* 412-418

Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Misión y Visión de la Universidad. (1996) Disponible en: http//.www.ucla.edu.ve. [Consulta, 2004-2006]

Valenzuela, J., Díaz, E., y Klagges, B. (1976). Clasificación social y estado nutritivo. Empleo de un método de clasificación social. *Cuadernos médico-sociales*, XVIII, (1), 14-22.

Velarde, E. y Ávila, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México, 44,* 448-463.

Velásquez, E., Barón, M., Solano, L., Páez, M., y Llovera, D (2006). Perfil lipídico en preescolares venezolanos según nivel socioeconómico. *Arch Latinoamer Nutr, 56,* 145-154.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac.Sanit, 19,* 135-150.

Ware, J., Jr. y Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care, 30,* 473-483.

Ware, J., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N., Apolone, G., Bech, P., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Prieto, L., y Sullivan, M. (1998). The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin.Epidemiol, 51,* 1159-1165.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

WHO (*World Health Organization*) (1986*).* Ottawa Charter for Health Promotion*.* Ottawa: Canadian Public Health Association.

WHOQOL Group (1995). The Word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the Word Health Organization. Social Science and Medicine, 41: 1403- 1409.

Zúniga, A., Carrillo, G., Fos, P., Gandek, B., y Medina, M. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares. *Salud Pública de México, 41,* 110-118.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

VII- Anexos

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo I: Cuestionario de Salud SF-36 español.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Copyright© 1995 Medical Outcomes Trust
All rights reserved.

(Versión 1.4, Junio 1.999)

Correspondencia:

Dr. Jordi Alonso
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
I.M.I.M.
Doctor Aiguader, 80
E- 08003 Barcelona, España
Tel. + 34 3 221 10 09
ax. + 34 3 221 32 37
E-mail: pbarbas@imim.es

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 ☐ Excelente

2 ☐ Muy buena

3 ☐ Buena

4 ☐ Regular

5 ☐ Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 ☐ Mucho mejor ahora que hace un año

2 ☐ Algo mejor ahora que hace un año

3 ☐ Más o menos igual que hace un año

4 ☐ Algo peor ahora que hace un año

5 ☐ Mucho peor ahora que hace un año

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra?**

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse?**

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo?**

1 ☐ Sí, me limita mucho

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 ☐ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 ☐ No, ninguno

2 ☐ Sí, muy poco

3 ☐ Sí, un poco

4 ☐ Sí, moderado

5 ☐ Sí, mucho

6 ☐ Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 ☐ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió agotado?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió feliz?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió cansado?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Algunas veces

4 ☐ Sólo alguna vez

5 ☐ Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 ☐ Totalmente cierta
2 ☐ Bastante cierta
3 ☐ No lo sé
4 ☐ Bastante falsa
5 ☐ Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 ☐ Totalmente cierta
2 ☐ Bastante cierta
3 ☐ No lo sé
4 ☐ Bastante falsa
5 ☐ Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 ☐ Totalmente cierta
2 ☐ Bastante cierta
3 ☐ No lo sé
4 ☐ Bastante falsa
5 ☐ Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 ☐ Totalmente cierta
2 ☐ Bastante cierta
3 ☐ No lo sé
4 ☐ Bastante falsa
5 ☐ Totalmente falsa

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo II: Cuestionario SF-36 venezolano del grupo *Quality Metric Incorporated*.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Edad:_____
Genero: M_____ F_____

Su Salud y Bienestar

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. ***¡Gracias por completar estas preguntas!***

En cada pregunta, por favor marque con una ☒ la casilla que mejor describa su respuesta.

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

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

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud <u>actual</u>, <u>comparado con el de hace un año</u>?

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

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(IQOLA SF-36v2 Standard, Venezuela (Spanish))

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita para nada
a Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, barrer, bailar o andar en bicicleta	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c Levantar o llevar las bolsas de las compras	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d Subir varios pisos por la escalera	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e Subir un piso por la escalera	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g Caminar más de un kilómetro	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h Caminar varios cientos de metros	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i Caminar cien metros	☐ 1	☐ 2	☐ 3
j Bañarse o vestirse	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(IQOLA SF-36v2 Standard, Venezuela (Spanish))

4. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales <u>a causa de su salud física</u>?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a ¿Ha disminuido usted <u>el tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b ¿<u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que usted hubiera querido hacer?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c ¿Se ha visto limitado en el <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d ¿Ha tenido <u>dificultades</u> en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

5. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales <u>a causa de algún problema emocional</u> (como sentirse deprimido o ansioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a ¿Ha disminuido usted <u>el tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b ¿<u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que usted hubiera querido hacer?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado de lo usual</u>?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(IQOLA SF-36v2 Standard, Venezuela (Spanish))

6. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?

Nada en absoluto	Ligeramente	Moderada-mente	Bastante	Extremada-mente
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. ¿Cuánto dolor <u>físico</u> ha tenido usted durante las <u>últimas 4 semanas</u>?

Ninguno	Muy poco	Poco	Moderado	Mucho	Muchísimo
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

8. Durante las <u>últimas 4 semanas</u>, ¿cuánto ha dificultado el <u>dolor</u> su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?

Nada en absoluto	Un poco	Moderada-mente	Bastante	Extremada-mente
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(IQOLA SF-36v2 Standard, Venezuela (Spanish))

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido sus cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas…

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a se ha sentido lleno de vitalidad?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b ha estado muy nervioso?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c se ha sentido con ánimo tan decaído que nada podía animarlo?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d se ha sentido tranquilo y sereno?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e ha tenido mucha energía?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f se ha sentido desanimado y deprimido?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g se ha sentido agotado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h se ha sentido feliz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i se ha sentido cansado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

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

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(IQOLA SF-36v2 Standard, Venezuela (Spanish))

11. ¿Cuán CIERTA o FALSA es <u>cada una</u> de las siguientes frases para usted?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Estoy tan sano como cualquiera	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Creo que mi salud va a empeorar	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Mi salud es excelente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

¡Gracias por completar estas preguntas!

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(IQOLA SF-36v2 Standard, Venezuela (Spanish))

Anexo III: Batería aplicada a las personas de la comunidad de La Cruz.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Presentación:

El cuestionario que se le realizará a continuación forma parte de la tesis doctoral de la Licenciada Norelis Mendoza de la Universidad Lisandro Alvarado y dirigida por los Doctores Miguel Richart y Abilio Reig-Ferrer de la Universidad de Alicante- España que tiene como objetivo evaluar las condiciones de vida y de salud de las personas mayores de 15 años del Municipio Andrés Eloy Blanco- Estado Lara. Este proyecto está financiado por la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado.

La información que obtengamos con su colaboración, nos permitirá determinar su nivel de salud y las condiciones de vida en las que vive; ayudándonos a obtener una visión más clara de su salud y a mejorar nuestra asistencia a la comunidad.

Las respuestas que usted nos proporcionará serán tratadas en la más absoluta confidencialidad, es decir, la información que usted nos proporcione no se hará del conocimiento de otras personas que no sean las pertenecientes al equipo de investigación.

El presente cuadernillo recoge información sobre variables sociodemográficas, las condiciones de su vivienda, sus actitudes y comportamientos en relación con usted mismo, con su grupo familiar y la comunidad y sobre su salud en general; todo ello relacionado con su calidad de vida.

A lo largo del cuestionario encontrará distintas posibilidades de respuesta para cumplimentarlo. Usted por favor, responderá de acuerdo a las instrucciones que se le darán en cada uno de ellos. Responder a este cuestionario le ocupará algunos minutos. Para poder realizar este estudio, le rogamos conteste a todas las preguntas que se le hace.

¡Le agradecemos de antemano su ayuda y colaboración en este estudio!

Fdo; Dr Miguel Richart Director de tesis doctoral	Dr Abilio Reig-Ferrer Director de tesis doctoral	Norelis Mendoza Doctoranda en Enfermería Práctica y educación

PD: Si desea información adicional, o más adelante desea conocer los resultados de este estudio puede ponerse en contacto con el director de la tesis en el apartado de correos 99 (03080 Alicante- España) y con la doctoranda en el teléfono 665074951 o en el e-mail: norelismendoza@ucla.edu.ve

INDICACIONES PARA CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

A continuación se le realizarán una serie de preguntas que se refieren a usted, por favor responda a cada una de ellas de forma sincera.

DATOS BIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: Tiene ☐ años

2. Sexo: Hombre ☐

Mujer ☐

3. Estado civil:

- Soltero/a ☐
- Soltero/a con pareja ☐
- Casado/a ☐
- Divorciado/a ☐
- Divorciado/a con pareja ☐
- Viudo/a ☐
- Viudo/a con pareja ☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4. Hijos: Tiene ☐ hijo/s.

5. Nivel de escolaridad:

- Ninguno ☐
- Primaria incompleta ☐
- Primaria completa ☐
- Secundaria incompleta ☐
- Secundaria completa ☐
- Técnico medio incompleto ☐
- Técnico medio completa ☐
- Universitaria incompleta ☐
- Universitaria completa ☐

6. Ocupación : Ninguna ☐

Ama de casa/ oficios del hogar ☐

Obrero no especializado sin primaria completa (Jornalero/a, jardinero/a, tapicero/a, aseador/a etc) ☐

Obrero especializado con primaria completa (Trabajadores del sector informal como por ejemplo los pequeños comerciantes, maestros de obras, etc) ☐

Estudiante ☐

Técnico medio o inferior (egresados de institutos de formación básica con experiencia en un área, electricista, mecánico, secretariado, albañilería, auxiliar de enfermería etc) ☐

Profesional Técnico Superior (profesionales egresados de los tecnológicos como por ejemplo técnicos agropecuarios, técnicos en enfermería, peritos, técnicos en construcción civil, en dibujo, etc) ☐

Profesional Universitario (financistas, banqueros, oficiales de las fuerzas armadas, todos los egresados de las universidades) ☐

7. Religión: Católico/a ☐

Evangélico/a ☐

Otra ☐

Ninguna ☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

8. ¿Cuál es su fuente de ingreso económico?

Herencia. ☐

Ayudas del gobierno/ organizaciones ☐

Sueldo Quincenal/mensual. ☐

Salario semanal, ☐

Salario por día. ☐

Salario a destajo ☐

9. ¿De cuánto dinero dispone en promedio mensualmente?

Menos de 75.000 bolívares ☐

Entre 75.001 - 100.000 bolívares ☐

Entre 100.001- 150.000 bolívares ☐

Entre 150.001 - 200.000 bolívares ☐

Entre 200.001 - 350.000 bolívares ☐

Entre 350.001 - 500.000 bolívares ☐

Entre 500.001 - 650.000 bolívares ☐

Entre 650.001- 800.000 bolívares ☐

Entre 800.001- 1000000 bolívares ☐

Más de 1000.00 bolívares ☐

10. A continuación le realizaré una serie de preguntas relacionadas con la profesión del o la jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, la fuente de ingreso económico familiar y las condiciones de su casa. Por favor me responderá cual de ellas es la correcta.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

A) El jefe de la familia es:

1. Profesional universitario…….. ☐
2. Mediano productor o comerciante……. ☐
3. Pequeño comerciante o productor o empleado sin profesión……. ☐
4. Obrero especializado con primaria completa……. ☐
5. Obrero no especializado con primaria completa…… ☐

B) El nivel de instrucción de la madre es:

1. Enseñanza universitaria..…….. ☐
2. Secundaria completa o técnico medio……..……. ☐
3. Secundaria incompleta o técnico inferior…….. ☐
4. Enseñanza primaria o alfabeto con algún grado de instrucción……. ☐
5. Analfabeta…….. ☐

C) La fuente de ingreso principal de la familia es

1. Herencia……...…….. ☐
2. Honorarios profesionales…….. ☐
3. Sueldo mensual…….. ☐
4. Salario semanal, por día o a destajo…….. ☐
5. Donaciones públicas o privadas...…….. ☐

D) Condiciones de alojamiento:

1. La casa es lujosa y amplia, con óptimas condiciones sanitarias (dispone de agua, luz, baños y de tuberías para aguas negras)…….. ☐
2. La casa es con lujo, pero sin exceso y óptimas condiciones sanitarias y suficientes espacios…… ☐
3. La casa tiene buenas condiciones sanitarias y espacios más pequeños…… ☐
4. La casa tiene deficiencia de algunas de las condiciones sanitarias, aunque sus ambientes pueden ser amplios o reducidos…….. ☐
5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias inadecuadas (no dispone de las condiciones sanitarias mencionadas)……... ☐

11. A continuación le realizaré varias preguntas relacionadas con su vivienda, la educación de los niños, el ingreso de dinero a la casa y el nivel de estudios del o de la jefe de familia, por favor, responda de forma clara y sincera.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

a) ¿De que material está construida la vivienda?

Piso	cerámica, parke, otros	☐
	cemento pulido	☐
	cemento rústico	☐
	tierra	☐
Paredes	ladrillo, cemento	☐
	bloque de adobe	☐
	bajareque	☐
	Material de desecho	☐
Techo	Teja, tejalí, platabanda	☐
	acerolí, zinc	☐
	material de desecho	☐

b) ¿Cuántas personas viven en la casa?

Viven ☐ personas

c) ¿Cuántas cuartos para dormir tiene la casa?

Tiene ☐ habitaciones

d) ¿De donde proviene el agua de la vivienda?

Acueducto ☐

Pila Pública ☐

Camión cisterna ☐

Otros ☐ Especifique: _____

e) ¿En relación a la eliminación de excretas, con que cuentan en la vivienda?

Poceta y cloacas ☐

Poceta y pozo séptico ☐

Excusado con hoyo o letrina ☐

No disponen de ninguno ☐

f) ¿Hay niños en la vivienda que tengan entre 6 y 14 años de edad?

SI ☐

NO ☐ Si ha contestado esta última respuesta pasar a la pregunta de la letra **h**

g)¿Asisten todos los niños entre 6 y 14 años a la escuela?

SI ☐

NO ☐

h) ¿El /la jefe de la familia sabe leer y escribir?

SI ☐

NO ☐

i) ¿Cuántas personas dependen del sueldo de el/la jefe de la familia?

Dependen ☐ personas

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

PREGUNTAS RELACIONADAS CON HABITOS DE LA SALUD.

A continuación le realizaré una serie de preguntas relacionadas con sus hábitos y costumbres, por favor responda solo una alternativa que usted considere correcta

12)¿Podría decirme si fuma o ha fumado usted alguna vez en su vida de forma habitual?

Si, en la actualidad fumo…… ☐

Actualmente no fumo,
pero he fumado..... ☐

Nunca he fumado……..... ☐ → Si ha contestado esta última respuesta, Por favor pase a la pregunta nº 15

13) ¿Cuántos cigarros o tabacos fuma o fumaba usted diariamente?

Cigarro ☐

Tabaco ☐

14¿Aproximadamente cuántos años ha fumado o lleva fumando usted?

Hace ☐ años (por favor expresarlo en años; ejemplo 6 meses equivale a ½ año)

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

15¿Podría decirme con qué frecuencia consume alcohol?

Siempre…… ☐

Casi siempre……. ☐

Algunas veces…... ☐

Casi nunca…… ☐ →

Nunca…… ☐ →

} Si ha contestado a alguna de esta dos respuestas, por favor pase a la pregunta nº 18

16¿Con qué frecuencia ha tomado usted bebidas alcohólicas en este último año? Y

17 ¿Qué cantidad de vasos suele usted beber cada vez?

	Frecuencia						Cantidad de vasos cada vez
	3-4 veces día	1-2 veces día	3-4 veces semana	1-2 veces semana	3-4 veces al mes	1-2 veces al mes	
Cerveza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	→ ☐
Licores (anís, ron, aguardiente whisky,otros)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	→ ☐

18 ¿Podría decirme si usted mastica o a masticado chimó alguna vez en su vida de forma habitual?

Si, en la actualidad mastico chimó ☐

Actualmente no mastico, pero lo he masticado ☐

Nunca he masticado chimó ☐ → Si contesta esta respuesta pasar a la pregunta nº 21

19. ¿Podría decirme con qué frecuencia mastica o ha masticado chimó?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
☐	☐	☐	☐

20. Si usted mastica o ha masticado chimó ¿Desde hace cuando lo mastica?

Desde hace ☐ años. (Por favor expresarlo en años; ejemplo 6 meses equivale a ½ año)

21. ¿Cuál de los siguientes alimentos consume usted y con qué frecuencia?

	Diariamente	Varias veces a la semana	Una vez por semana	Casi nunca	Nunca
Arroz	☐	☐	☐	☐	☐
Harina de maíz precocido (arepa)	☐	☐	☐	☐	☐
Pan de trigo	☐	☐	☐	☐	☐
Pastas alimenticias	☐	☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

	Diariamente	Varias veces a la semana	Una vez por semana	Casi nunca	Nunca
Pollo	☐	☐	☐	☐	☐
Mortadela	☐	☐	☐	☐	☐
Carne de res	☐	☐	☐	☐	☐
Pescado (atun, sardinas, corvinas)	☐	☐	☐	☐	☐
Leche	☐	☐	☐	☐	☐
Queso	☐	☐	☐	☐	☐
Huevos	☐	☐	☐	☐	☐
Mantequilla/aceite	☐	☐	☐	☐	☐
Frutas (naranja, cambur, lechosa, melón, patilla, piña guayaba, limón)	☐	☐	☐	☐	☐
Hortalizas (auyama Cebolla, pimentón, Tomate, zanahoria)	☐	☐	☐	☐	☐
Café / té	☐	☐	☐	☐	☐
Raíces y tubérculos (ñame ,ocumo, apio, yuca, papa)	☐	☐	☐	☐	☐
Legumbres (quinchoncho (,caraotas, lentejas, arvejas)	☐	☐	☐	☐	☐
Azúcar	☐	☐	☐	☐	☐
Sal	☐	☐	☐	☐	☐
Chucherías (caramelos pepitos, chocolates, galletas)	☐	☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

22. ¿Cuántas veces se baña usted usualmente?

Se baña ☐ veces

23. ¿Cuántas veces se cepilla usted los dientes?

Nunca.	Algunas veces a la semana	Una vez al día	Después de cada comida.
☐	☐	☐	☐

24. ¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menos de 6 horas.	De 7 a 8 horas	De 9 a 12 horas	Más de 12 horas
☐	☐	☐	☐

25. ¿Cuántas veces a la semana se dedica usted a actividades físicas como por ejemplo: correr, caminar, juegos de pelota, andar en bicicleta?

Aproximadamente _____ veces

26. Diga con qué frecuencia realiza usted las siguientes actividades:

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a)Ver televisión.	☐	☐	☐	☐	☐
b)Escuchar música	☐	☐	☐	☐	☐
c) Leer	☐	☐	☐	☐	☐
d)Salir de paseo.	☐	☐	☐	☐	☐
e)Caminar,	☐	☐	☐	☐	☐
f)Jugar por diversión.	☐	☐	☐	☐	☐
g) Reunirse con los amigos para jugar o beber	☐	☐	☐	☐	☐
f)Asistir a las actividades religiosas o de culto.	☐	☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

RELACIONES INTERPERSONALES.

27. A continuación, le realizaré una serie de preguntas que se refieren a cómo se relaciona usted con su familia. Por favor, me responde sólo una alternativa de las que usted considere.

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de la familia cuando algo le preocupa?.	☐	☐	☐	☐	☐
b) ¿Está satisfecho con la forma en que la familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema con usted?	☐	☐	☐	☐	☐
c) Su familia ¿acepta sus deseos para promover nuevas actividades o hacer. cambios en el estilo de vida?	☐	☐	☐	☐	☐
d) ¿Está satisfecho con la forma en que. su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de amor y tristeza?	☐	☐	☐	☐	☐
e) ¿Está satisfecho con la cantidad de tiempo que comparten?	☐	☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

28. A continuación, le realizaré una serie de preguntas que se refieren a cómo se relaciona usted con las personas de la comunidad. Por favor, me responde sólo una alternativa de las que usted considere.

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a)¿Tiene usted buenas relaciones con los vecinos o la gente de la comunidad?	☐	☐	☐	☐	☐
b)¿Tiene usted amigos en la comunidad que le ayudan cuando usted los necesita?	☐	☐	☐	☐	☐
c)¿Se reúne usted con la gente de la comunidad o con sus vecinos?	☐	☐	☐	☐	☐
d) ¿Se siente usted satisfecho con los amigos que tiene?	☐	☐	☐	☐	☐
e)¿Se siente satisfecho con las relaciones (reuniones, conversaciones que mantiene con la gente de la comunidad?	☐	☐	☐	☐	☐

29. **Diga con que frecuencia realiza usted las siguientes actividades**

	Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a)Reuniones de familia.	☐	☐	☐	☐	☐
b)Conversar con los amigos.	☐	☐	☐	☐	☐
c)Reunirse con la gente de la comunidad.	☐	☐	☐	☐	☐
d)Visitar la casa de sus amigos.	☐	☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

30 ¿Cuáles de las siguientes enfermedades ha tenido en este ultimo año? y ¿Por cual de ellas ha asistido al médico?

	No he tenido	Sí he tenido pero no he consultado	Sí y fui al médico
Enfermedades de la piel	☐	☐	☐
Tensión alta	☐	☐	☐
Dolor de cabeza	☐	☐	☐
Problemas del corazón	☐	☐	☐
Diabetes (azúcar en sangre)	☐	☐	☐
Enfermedades del riñón o de la vejiga.	☐	☐	☐
Enfermedades ginecológicas o urológicas.	☐	☐	☐
Asma	☐	☐	☐
Bronquitis (tos con mucha secreción durante mínimo 3 meses al año).	☐	☐	☐
Gastritis/úlcera de estómago	☐	☐	☐
Enfermedades del aparato locomotor (columna, reuma, piernas, brazos).	☐	☐	☐
Lumbago, ciática o dolores frecuentes de espalda.	☐	☐	☐
Mucho peso/gordo/a, muy gordo/a.	☐	☐	☐
Muy delgado/a, desnutrido/a.	☐	☐	☐
Problemas digestivos (diarreas, vómitos, dolor de estómago).	☐	☐	☐

Otros enfermedades (Indicar)_____

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

31¿Qué medicamentos ha tomado en estas últimas cuatro semanas?

- No he tomado ninguno. ☐
- Medicamentos para el dolor. ☐
- Medicamentos para el asma o la bronquitis. ☐
- Medicamentos para la alergia. ☐
- Medicamentos para enfermedades de la piel. ☐
- Medicamentos para el estómago/intestino (para la diarrea, vómito, úlcera o gastritis). ☐
- Medicamentos para los nervios. ☐
- Medicamentos para dormir. ☐
- Medicamentos para los ataques (epilepsia). ☐
- Medicamentos para la tensión alta. ☐
- Medicamentos para el corazón. ☐
- Otros (especificar)_____

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

SU SALUD Y BIENESTAR

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades diarias. Conteste cada pregunta tal como se le indica. Si no está seguro de cómo responder una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general usted diría que su salud es:

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

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

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

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su estado de salud actual le dificulta para hacer estas actividades? Si es así cuánto?

	Sí, me dificulta mucho	Sí, me difunta un un poco	No, no me dificulta para nada
a) **Esfuerzos intensos**, tales como levantar objetos pesados, trabajar en actividades fuertes o agotadoras como en la siembra	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b) **Esfuerzos moderados**, tales como mover Una mesa, trabajar en el huerto de la casa o en los oficios de la casa, o caminar más de una hora.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c) **Cargar o llevar las bolsas de la compra**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d) **Subir por los cerros**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e**) Subir por la carretera**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f) **Arrodillarse o ponerse en cuclillas**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g)**Caminar más o menos 3horas o ½ legua**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h)**Caminar 1hora o varios metros**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i) **Caminar unos 100metros o una cuadra**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
j)**Bañarse o vestirse**	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

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

	SI	**NO**
a) ¿Tuvo que **disminuir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades diarias?	☐ 1	☐ 2
b) ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer?	☐ 1	☐ 2
c) ¿Tuvo que **dejar de hacer alguna de sus tareas** en su trabajo o en sus actividades diarias?	☐ 1	☐ 2
d) ¿Tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades diarias (por ejemplo le costo más de lo normal)?	☐ 1	☐ 2

5. Durante las cuatro últimas semanas ¿Ha tenido usted, alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema personal (como por ejemplo sentirse triste, angustiado o nervioso?

	SI	NO
a) ¿Tuvo que **disminuir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades diarias.	☐ 1	☐ 2
b) ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer?	☐ 1	☐ 2
c) ¿No hizo su trabajo o sus tareas diarias **como de costumbre** las hace?	☐ 1	☐ 2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿En qué medida su salud o los problemas personales le han dificultado hacer sus actividades sociales normales (como reunirse con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. ¿Tuvo dolor usted en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimassemanas?

No ninguno	Si, muy poco	Sí, más o menos	Sí, mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

8a. ¿Durante las 4 últimas semanas ¿Hasta que punto el dolor le ha dificultado hacer su trabajo diario en la casa?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

8b. ¿Durante las 4 últimas semanas ¿Hasta que punto el dolor le ha dificultado hacer su trabajo diario fuera de la casa?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas .....

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a) Se ha sentido con ánimo y fuerza?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b) Ha estado muy nervioso?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c) Se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarlo?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d) Se ha sentido calmado y tranquilo?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e) Se ha sentido con mucha fuerza?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f) Se ha sentido desanimado y triste?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g) Se ha sentido agotado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h) Se ha sentido feliz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i) Se ha sentido cansado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia la salud o los problemas personales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos, a la familia, o reunirse con los vecinos)?

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

11. Por favor, diga si le parece verdadero o falso **cada una** de las siguientes frases:

	Verdadero	Falso	No lo sé
a) Creo que me pongo enfermo más Fácilmente que otras personas	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b) Estoy tan sano como cualquier otra persona	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c) Creo que mi salud va a empeorar	☐ 1	☐ 2	☐ 3

¡Gracias por contestar estas preguntas!

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo IV: Batería aplicada a las personas de las comunidades de Escalera y Miraflores.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Presentación:

El cuestionario que se le realizará a continuación forma parte de la tesis doctoral de la Licenciada Norelis Mendoza de la Universidad Lisandro Alvarado y dirigida por los Doctores Miguel Richart y Abilio Reig-Ferer de la Universidad de Alicante- España que tiene como objetivo evaluar las condiciones de vida y de salud de las personas mayores de 15 años del Municipio Andrés Eloy Blanco- Estado Lara. Este proyecto está financiado por la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado.

La información que obtengamos con su colaboración, nos permitirá determinar su nivel de salud y las condiciones de vida en las que vive; ayudándonos a obtener una visión más clara de su salud y a mejorar nuestra asistencia a la comunidad.

Las respuestas que usted nos proporcionará serán tratadas en la más absoluta confidencialidad, es decir, la información que usted nos proporcione no se hará del conocimiento de otras personas que no sean las pertenecientes al equipo de investigación.

El presente cuadernillo recoge información sobre variables referentes a condiciones de su vivienda, de su salud general, sus actitudes y comportamientos en relación con usted mismo, relaciones personales con su grupo familiar y la comunidad, variables de desarrollo de la comunidad y sobre variables sociodemográficas, todo ello relacionado con su calidad de vida.

A lo largo del cuestionario encontrará distintas posibilidades de respuesta para cumplimentarlo. Usted por favor, responderá de acuerdo a las instrucciones que se le darán en cada uno de ellos. Responder a este cuestionario le ocupará algunos minutos. Para poder realizar este estudio, le rogamos conteste a todas las preguntas que se le hace.

¡Le agradecemos de antemano su ayuda y colaboración en este estudio!

Fdo: Dr Abilio Reig Director de tesis doctoral	Dr Miguel Richart Director de tesis doctoral	Norelis Mendoza Doctoranda de Enfermería Práctica y Educación

PD: Si desea información adicional, o más adelante desea conocer los resultados de este estudio puede ponerse en contacto con los directores de la tesis en el apartado de correos 99 (03080 Alicante- España) y con la doctoranda en el teléfono 665074951 o en el e-mail: norelismendoza@ucla.edu.ve

INDICACIONES PARA CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

1. Le realizaré una serie de preguntas relacionadas con la profesión del jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, la fuente de ingreso económico familiar y las condiciones de su casa. Por favor me responderá cual de ellas es la correcta.

A) El jefe de la familia es:

1. Profesional universitario…….. ☐
2. Mediano productor o comerciante……. ☐
3. Pequeño comerciante o productor o empleado sin profesión……. ☐
4. Obrero especializado con primaria completa……. ☐
5. Obrero no especializado con primaria completa…… ☐

B) El nivel de instrucción de la madre es:

1. Enseñanza universitaria..…….. ☐
2. Secundaria completa o técnico medio……..……. ☐
3. Secundaria incompleta o técnico inferior…….. ☐
4. Enseñanza primaria o alfabeto con algún grado de instrucción……. ☐
5. Analfabeta…….. ☐

C) La fuente de ingreso principal de la familia es

1. Herencia……...…….. ☐
2. Honorarios profesionales…….. ☐
3. Sueldo mensual…….. ☐
4. Salario semanal, por día o a destajo…….. ☐
5. Donaciones públicas o privadas...…….. ☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

D) Condiciones de alojamiento:

1. La casa es lujosa y amplia, con óptimas condiciones sanitarias (dispone de Agua, luz, baños y de tuberías para aguas negras)…….. ☐
2. La casa es con lujo, pero sin exceso y óptimas condiciones sanitarias y suficientes espacios…… ☐
3. La casa tiene buenas condiciones sanitarias y espacios más pequeños……. ☐
4. La casa tiene deficiencia de algunas de las condiciones sanitarias, aunque sus ambientes pueden ser amplios o reducidos…….. ☐
5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias inadecuadas (no dispone de las condiciones sanitarias mencionadas)……... ☐

2. A continuación le realizaré varias preguntas relacionadas con su vivienda, la educación de los niños, el ingreso de dinero a la casa y el nivel de estudios del o la jefe de familia, por favor, responda de forma clara y sincera.

a) ¿De que material está construida la vivienda?

Piso	cerámica, parke, otros	☐
	cemento pulido	☐
	cemento rústico	☐
	tierra	☐
Paredes	ladrillo, cemento	☐
	bloque de adobe	☐
	bajareque	☐
	Material de desecho	☐
Techo	Teja, tejalí, platabanda	☐
	acerolí, zinc	☐
	material de desecho	☐

b) ¿Cuántas personas viven en la casa?

Viven ☐ personas

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

c) ¿Cuántas cuartos para dormir tiene la casa?

Tiene ☐ cuartos

d) ¿De donde proviene el agua de la vivienda?

Acueducto ☐

Pila Pública ☐

Camión cisterna ☐

Otros ☐ Especifique: _____

e) ¿En relación a la eliminación de excretas, con que cuentan en la vivienda?

Poceta y cloacas ☐

Poceta y pozo séptico ☐

Excusado con hoyo o letrina ☐

No dispone de ninguno ☐

f) ¿Hay niños en la vivienda que tengan entre 6 y 14 años de edad?

SI ☐

NO ☐ → Si ha contestado esta última respuesta pasar a la pregunta de la letra h

g)¿Asisten todos los niños de la casa que tienen entre 6 y 14 años a la escuela?

SI ☐

NO ☐

h) ¿El /la jefe de la familia sabe leer y escribir?

SI ☐

NO ☐

i) ¿Cuántas personas dependen del sueldo de el/la jefe de la familia?

Dependen ☐ personas

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

SU SALUD Y BIENESTAR

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades diarias. Conteste cada pregunta tal como se le indica. Si no está seguro de cómo responder una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general usted diría que su salud es:

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

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

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

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿su estado de salud actual le dificulta para hacer estas actividades?. Si es así cuánto?

	Sí, me dificulta mucho	Sí, me dificulta un un poco	No, no me dificulta para nada
a) **Esfuerzos intensos**, tales como levantar objetos pesados, trabajar en actividades fuertes o agotadoras como en la siembra	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b) **Esfuerzos moderados**, tales como mover Una mesa, trabajar en el huerto de la casa o en los oficios de la casa, o caminar más de una hora.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c) **Cargar o llevar las bolsas de la compra**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d) **Subir por los cerros**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e**) Subir por la carretera**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f) **Arrodillarse o ponerse en cuclillas**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g**)Caminar más o menos 3horas o ½ legua**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h)**Caminar 1hora o varios metros**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i) **Caminar unos 100metros o una cuadra**	☐ 1	☐ 2	☐ 3
j**)Bañarse o vestirse**	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

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

	SI	NO
a) ¿Tuvo que **disminuir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades diarias?	☐ 1	☐ 2
b) ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer?	☐ 1	☐ 2
c) ¿Tuvo que **dejar de hacer alguna de sus tareas** en su trabajo o en sus actividades diarias?	☐ 1	☐ 2
d) ¿Tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades diarias (por ejemplo le costo más de lo normal)?	☐ 1	☐ 2

5. Durante las cuatro últimas semanas ¿ha tenido usted, alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema personal (como por ejemplo sentirse triste, angustiado o nervioso?

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

	SI	NO
a) ¿Tuvo que **disminuir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades diarias.	☐ 1	☐ 2
b) ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer?	☐ 1	☐ 2
c) ¿No hizo su trabajo o sus tareas diarias **como de costumbre** las hace?	☐ 1	☐ 2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿en qué medida su salud o los problemas personales le han dificultado hacer sus actividades sociales normales (como reunirse con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. ¿Tuvo dolor usted en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No ninguno	Si, muy poco	Sí, más o menos	Sí, mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

8. ¿Durante las 4 últimas semanas ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado hacer su trabajo diario en la casa?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

9. ¿Durante las 4 últimas semanas ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado hacer su trabajo diario fuera de la casa?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

10. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. ¿cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas .....

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a) Se ha sentido con ánimo y fuerza?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b) Ha estado muy nervioso?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c) Se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarlo?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d) Se ha sentido calmado y tranquilo?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e) Se ha sentido con mucha fuerza?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f) Se ha sentido desanimado y triste?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g) Se ha sentido agotado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h) Se ha sentido feliz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i) Se ha sentido cansado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

11. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud o los problemas personales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos, a la familia, o reunirse con los vecinos)?

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

12. Por favor, diga si le parece verdadero o falso **cada una** de las siguientes frases:

	Verdadero	Falso	No lo sé
a) Creo que me pongo enfermo más Fácilmente que otras personas	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b) Estoy tan sano como cualquier otra persona	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c) Creo que mi salud va a empeorar	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d) Cree que su salud es excelente	☐ 1	☐ 2	☐ 3

3. ¿Cuáles de las siguientes enfermedades ha tenido en este ultimo año? y ¿por cual de ellas ha asistido al médico?

	No he tenido	Sí he tenido pero no he consultado	Sí y fui al médico
Problemas de la piel (dermatosis, escabiosis, eczema)	☐	☐	☐
Tensión alta.	☐	☐	☐
Dolor de cabeza.	☐	☐	☐
Problemas del corazón.	☐	☐	☐
Diabetes (azúcar en sangre).	☐	☐	☐
Enfermedades del riñón o de la vejiga.	☐	☐	☐
Enfermedades ginecológicas o urológicas.	☐	☐	☐
Asma.	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

	No he tenido	Sí he tenido pero no he consultado	Sí y fui al médico
Bronquitis (tos con mucha secreción durante mínimo 3 meses al año).	☐	☐	☐
Gastritis/úlcera de estómago.	☐	☐	☐
Enfermedades del aparato locomotor (columna, reuma, piernas, brazos).	☐	☐	☐
Lumbago, ciática o dolores frecuentes de espalda.	☐	☐	☐
Mucho peso/gordo/a, muy gordo/a.	☐	☐	☐
Muy delgado/a, desnutrido/a.	☐	☐	☐
Ansiedad/nervios	☐	☐	☐
Problemas digestivos (diarreas, vómitos, dolor de estómago).	☐	☐	☐

Otros enfermedades (Indicar)_____

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4. ¿Qué medicamentos ha tomado en estas últimas cuatro semanas?

- No he tomado ninguno. ☐
- Medicamentos para el dolor. ☐
- Medicamentos para el asma o la bronquitis. ☐
- Medicamentos para la alergia. ☐
- Medicamentos para enfermedades de la piel. ☐
- Medicamentos para el estómago/intestino (para la diarrea, vómito, úlcera o gastritis). ☐
- Medicamentos para los nervios. ☐
- Medicamentos para dormir. ☐

Medicamentos para los ataques (epilepsia). ☐

Medicamentos para la tensión alta. ☐

Medicamentos para el corazón. ☐

Otros (especificar)_____

PREGUNTAS RELACIONADAS CON HABITOS DE LA SALUD.

A continuación le realizaré una serie de preguntas relacionadas con sus hábitos y costumbres, por favor responda solo una alternativa que usted considere correcta

5. ¿Podría decirme si fuma o ha fumado usted alguna vez en su vida de forma habitual?

Si, en la actualidad fumo ☐

Actualmente no fumo, pero he fumado ☐

Nunca he fumado ☐ → Si ha contestado esta última respuesta, Por favor pase a la pregunta nº 8

6. ¿Cuántos cigarros o tabacos fuma o fumaba usted diariamente?

Cigarro ☐

Tabaco ☐

7. ¿Aproximadamente cuántos años lleva fumando usted?

Hace ☐ años (por favor expresarlo en años; ejemplo 6 meses equivale a ½ año)

8. ¿Podría decirme con qué frecuencia consume alcohol?

Siempre ☐

Casi siempre ☐

Casi nunca ☐ →

Nunca ☐ →

} Si ha contestado a alguna de esta dos respuestas, por favor pase a la pregunta nº11

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

9. ¿Con qué frecuencia ha tomado usted bebidas alcohólicas en este último año? Y

10. ¿Qué cantidad de vasos suele usted beber cada vez?

	Frecuencia						Cantidad de vasos cada vez
	3-4 veces día	1-2 veces día	3-4 veces semana	1-2 veces semana	3-4 veces al mes	1-2 veces al mes	
Cerveza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	→ ☐
Licores (anís,ron, aguardiente, wisky)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	→ ☐

11. ¿Podría decirme si usted mastica o a masticado chimó alguna vez en su vida de forma habitual?

Si, en la actualidad mastico chimó ☐
Actualmente no mastico, pero lo he masticado ☐

Nunca he masticado chimó ☐ → Si contesta esta respuesta pasar a la pregunta nº 14

12.¿Podría decirme con qué frecuencia mastica o ha masticado chimó?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
☐	☐	☐	☐

13. Si usted mastica o ha masticado chimó ¿desde hace cuando lo mastica?

Desde hace ☐ años. (Por favor expresarlo en años; ejemplo 6 meses equivale a ½ año)

14. ¿Cuál de los siguientes alimentos consume usted y con qué frecuencia?

	Diariamente	Varias veces a la semana	Una vez por semana	Casi nunca	Nunca
Arroz	☐	☐	☐	☐	☐
Harina de maíz precocido (arepa)	☐	☐	☐	☐	☐
Pan de trigo	☐	☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

	Diariamente	Varias veces a la semana	Una vez por semana	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
Pastas alimenticias	☐	☐	☐	☐	☐
Pollo	☐	☐	☐	☐	☐
Mortadela	☐	☐	☐	☐	☐
Carne de res	☐	☐	☐	☐	☐
Pescado (atun, Sardinas, corvinas)	☐	☐	☐	☐	☐
Leche	☐	☐	☐	☐	☐
Queso	☐	☐	☐	☐	☐
Huevos	☐	☐	☐	☐	☐
Mantequilla/aceite	☐	☐	☐	☐	☐
Frutas (naranja, cambur, lechosa, melón, patilla, guayaba, limón, piña	☐	☐	☐	☐	☐
Hortalizas (auyama Cebolla, pimentón, Tomate, zanahoria)	☐	☐	☐	☐	☐
Café / té	☐	☐	☐	☐	☐
Raíces y tubérculos (ñame ,ocumo, apio, yuca, papa)	☐	☐	☐	☐	☐
Legumbres (quinchoncho,caraotas, lentejas, arvejas)	☐	☐	☐	☐	☐
Azúcar	☐	☐	☐	☐	☐
Sal	☐	☐	☐	☐	☐
Chucherías (caramelo, pepitos, chocolates, galletas)	☐	☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

15. ¿Cuántas veces se baña usted?

Nunca	Algunas veces a la semana	Una vez al día	Varias veces al día
☐	☐	☐	☐

16. ¿Cuántas veces se cepilla usted los dientes?

Nunca.	Algunas veces a la semana	Una vez al día	Después de cada comida.
☐	☐	☐	☐

17. ¿Cuántas horas duerme habitualmente?

Menos de 6 horas.	De 7 a 8 horas	De 9 a 12 horas	Más de 12 horas
☐	☐	☐	☐

18 ¿Cuántas veces a la semana se dedica usted a actividades físicas como por ejemplo: correr, caminar, juegos de pelota, andar en bicicleta?

Aproximadamente ☐ veces

19. Diga con qué frecuencia realiza usted las siguientes actividades:

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a)Ver televisión	☐	☐	☐	☐	☐
b)Escuchar música	☐	☐	☐	☐	☐
c)Leer	☐	☐	☐	☐	☐
d)Salir de paseo	☐	☐	☐	☐	☐
e)Caminar	☐	☐	☐	☐	☐
f)Jugar por diversión	☐	☐	☐	☐	☐
g)Reunirse con los amigos para jugar o beber	☐	☐	☐	☐	☐
f)Asistir a actividades religiosas o de culto	☐	☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

RELACIONES INTERPERSONALES.

20. A continuación, le realizaré una serie de preguntas que se refieren a cómo se relaciona usted con su familia. Por favor, me responde sólo una alternativa de las que usted considere.

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de la familia cuando algo le preocupa?	☐	☐	☐	☐	☐
b) ¿Está satisfecho con la forma en que la familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema con usted?	☐	☐	☐	☐	☐
c) Su familia ¿acepta sus deseos para promover nuevas actividades o hacer. cambios en el estilo de vida?	☐	☐	☐	☐	☐
d) ¿Está satisfecho con la forma en que. su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de amor y tristeza?	☐	☐	☐	☐	☐
e) ¿Está satisfecho con la cantidad de tiempo que comparten?	☐	☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

21. A continuación, le realizaré una serie de preguntas que se refieren a cómo se relaciona usted con las personas de la comunidad. Por favor, me responde sólo una alternativa de las que usted considere.

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a)¿Tiene usted buenas relaciones con los vecinos o la gente de la comunidad?	☐	☐	☐	☐	☐
b)¿Tiene usted amigos en la comunidad que le ayudan cuando usted los necesita?	☐	☐	☐	☐	☐
c)¿Se reúne usted con la gente de la comunidad o con sus vecinos?	☐	☐	☐	☐	☐
d) ¿Se siente usted satisfecho con los amigos que tiene?	☐	☐	☐	☐	☐
e)¿Se siente satisfecho con las relaciones (reuniones, conversaciones que mantiene con la gente de la comunidad?	☐	☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

22. **Diga con que frecuencia realiza usted las siguientes actividades**

	Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a)Conversar con los amigos.	☐	☐	☐	☐	☐
b)Reunirse con la gente de la comunidad.	☐	☐	☐	☐	☐
c)Visitar la casa de sus amigos.	☐	☐	☐	☐	☐

Evaluación de programas de salud

A continuación se le realizarán una serie de preguntas, que se relacionan con su opinión acerca de los programas de salud que se llevan a cabo en su comunidad. Por favor, responda a cada una de ellas de forma sincera.

23. ¿Cree usted que es importante la participación del equipo de salud en su comunidad?

Muy importante	Mas o menos importante	Poco importante	No es importante
▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐

24. ¿Cree usted que el equipo de salud le ayudará a usted y a su familia para mejorar su salud?

Si, mucho	Si, más o menos	Sí, un poco	No, nada
▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐

25. ¿Las actividades llevadas a cabo por el equipo de salud (médico, enfermera y equipo de intervención) son en su opinión?

Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas	Muy malas
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

26. ¿De quién cree usted que depende su salud?

Depende de ☐

27. ¿Quién cree usted que es el principal responsable de su salud?

El doctor y la enfermera	Usted mismo	El destino	Dios	Otros
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

Si responde otros por favor diga quienes _____

28. En general, ¿cómo le ha ido en la vida?

Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

29. Para usted, ¿la organización comunitaria que hay en su comunidad es?

Muy buena	Buena	Regular	Mala	No existe
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

30. ¿Existen en su comunidad organizaciones comunitarias que les ayuden a ustedes a seguir adelante?

Si, existen y ayudan mucho	Si existen y ayudan poco	Si existen pero no ayudan	No existen y no hacen falta	No existen
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

Si responde a esta pregunta como **"no existen",** por favor pasar a la pregunta nº **32**

31. Podría decirme por favor, ¿qué tipo de organizaciones existen en su comunidad?

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

	SI ▼	**NO** ▼
-Asociación de caficultores	☐	☐
-Comité de agua	☐	☐
-Comité de tierras	☐	☐
-Comité de salud	☐	☐
-Cooperativa de cría de animales	☐	☐
-Cooperativa de producción de hortalizas	☐	☐
-Cooperativa de elaboración de productos de limpieza	☐	☐

32. ¿En estos dos últimos años, qué cosas destacaría como buenas, regular o malas en su comunidad?

	Buena	Regular	Mala
-Participación comunitaria	☐	☐	☐
-Organización de la comunidad	☐	☐	☐
-La situación de salud	☐	☐	☐
-Apoyo de organizaciones	☐	☐	☐
-Desarrollo de la comunidad	☐	☐	☐

33. En estos dos últimos años, ¿se han realizado actividades en su comunidad para tener más recursos y seguir adelante?

Si, muchas	Sí, algunas	Sí, pocas	No, ninguna
☐	☐	☐	☐

34. En su opinión, ¿son beneficiosas las actividades que llevan a cabo los equipos de salud en las comunidades?

Muy beneficiosas	Mas o menos beneficiosas	Poco beneficiosas	Nada beneficiosas
☐	☐	☐	☐

35. En estos dos últimos años ¿con qué frecuencia ha participado usted en actividades comunitarias?

Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

36. ¿En qué tipo de actividades ha participado usted en estos dos últimos años?

	SI	NO
-Reuniones de vecinos	☐	☐
-Actividades relacionadas con la salud	☐	☐
-Actividades relacionadas con el mantenimiento del agua	☐	☐
-Reuniones de caficultores	☐	☐
- Cría de animales	☐	☐
-Producción de hortalizas	☐	☐
-Elaboración de productos de limpieza	☐	☐

37. En su comunidad ¿existen intercambios de experiencias con otras comunidades?

Sí	No	No lo sé
☐	☐	☐

38. ¿Cómo considera usted los intercambios de experiencias con otras comunidades del mismo municipio o de otros estados?

Muy importantes	Mas o menos importantes	Poco importantes	Nada importantes
☐	☐	☐	☐

39. ¿Ha participado usted en el intercambio de experiencias con otras comunidades en estos últimos dos años?

Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
☐	☐	☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

40. En su familia, ¿Se crían animales para su propio consumo?

Sí, algunos	Sí, pocos	No ninguno
☐	☐	☐

41. ¿Comparte usted animales o productos derivados de ellos con otras familias?

Si	No
☐	☐

42. En su familia, ¿Se siembran huertos para su propio consumo?

Sí, se siembra y se consume	Si se siembra pero no se consume	No se siembra
☐	☐	☐

Si responde a esta pregunta como **"no se siembra"** por favor pasar a la pregunta nº **44**

43. ¿Comparte usted los productos obtenidos de los huertos con otras familias?

Si	No
☐	☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

44. En los dos últimos años, ¿cómo es su alimentación?

Ha mejorado mucho	Ha mejorado un poco	No ha cambiado	Ha empeorado un poco	Ha empeorado mucho
☐	☐	☐	☐	☐

45. En los dos últimos dos años, ¿ha notado usted cambios en el desarrollo de su comunidad?

Muchos	Algunos	Pocos	Ninguno
☐	☐	☐	☐

A continuación se le realizarán una serie de preguntas que se refieren a usted, por favor responda a cada una de ellas de forma sincera.

DATOS BIODEMOGRÁFICOS

46. Edad: Tiene ☐ años

47. Sexo: Hombre ☐

Mujer ☐

48. Estado civil:

Soltero/a ☐

Soltero/a con pareja ☐

Casado/a ☐

Divorciado/a ☐

Divorciado/a con pareja ☐

Viudo/a ☐

Viudo/a con pareja ☐

49. Hijos: Tiene ☐ hijo/s.

50. Nivel de escolaridad:

Ninguno ☐

Primaria incompleta ☐

Primaria completa ☐

Secundaria incompleta ☐

Secundaria completa ☐

Técnico medio incompleto ☐

Técnico medio completa ☐

Universitaria incompleta ☐

Universitaria completa ☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

51. Ocupación : Ninguna ☐

Ama de casa/ oficios del hogar ☐

Obrero no especializado sin primaria completa (Jornalero/a, jardinero/a, tapicero/a, aseador/a etc) ☐

Obrero especializado con primaria completa (Trabajadores del sector informal como por ejemplo los pequeños comerciantes, maestros de obras, etc) ☐

Estudiante ☐

Técnico medio o inferior (egresados de institutos de formación básica con experiencia en un área, electricista, mecánico, secretariado, albañilería, auxiliar de enfermería etc) ☐

Profesional Técnico Superior (profesionales egresados de los tecnológicos como por ejemplo técnicos agropecuarios, técnicos en enfermería, peritos, técnicos en construcción civil, en dibujo, etc) ☐

Profesional Universitario (financistas, banqueros, oficiales de las fuerzas armadas, todos los egresados de las universidades) ☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

52. Religión: Católico/a ☐

Evangélico/a ☐

Otra ☐

Ninguna ☐

53. ¿Cuál es su fuente de ingreso económico?

Herencia. ☐

Ayudas del gobierno/ organizaciones ☐

Sueldo Quincenal/mensual. ☐

Salario semanal, ☐

Salario por día o a destajo ☐

54. ¿De cuánto dinero dispone en promedio mensualmente?

- Menos de 75.000 bolívares ☐
- Entre 75.001 - 100.000 bolívares ☐
- Entre 100.001- 150.000 bolívares ☐
- Entre 150.001 - 200.000 bolívares ☐
- Entre 200.001 - 350.000 bolívares ☐
- Entre 350.001 - 500.000 bolívares ☐
- Entre 500.001 - 650.000 bolívares ☐
- Entre 650.001- 800.000 bolívares ☐
- Entre 800.001- 1000000 bolívares ☐
- Más de 1000.00 bolívares ☐

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

¡Gracias por contestar estas preguntas!