

Avances en la evaluación de la salud mediante cuestionarios

Progress in health assessment through questionnaires

J.I. Arrarás¹, U. Zarandona²

Sr Director:

Hemos seguido con mucho interés los artículos publicados en la revista que usted dirige relacionados con la creación y validación de cuestionarios de medida en Salud. Dichos artículos presentan cuestionarios que evalúan áreas importantes como el sufrimiento; la calidad de vida (CV); las necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos; la actitud de los adolescentes; la satisfacción laboral, o el índice de masa corporal¹⁻⁶. Entendemos que la presencia de estos trabajos en su revista refleja la expansión tan importante que ha tenido en las últimas décadas la investigación en la medida de la salud. Dicha investigación ha ido dirigida entre otros aspectos a crear cuestionarios, y a mejorar la metodología de medición e interpretación de los resultados de dichas mediciones.

En este sentido, la evaluación de aspectos relacionados con la salud, como la CV, la salud percibida, y otras dimensiones, como el afrontamiento, se realiza cada vez con mayor frecuencia. Esta evaluación está siendo útil, entre otras razones, porque permite: conocer de manera más completa

el funcionamiento del paciente en diferentes áreas de su vida; ayudar a orientar los tratamientos que se les ofrecen; detectar de forma temprana los pequeños cambios que se produzcan en el estado físico y psíquico del paciente e incluso orientar el gasto sanitario⁷.

Actualmente se acepta que es el paciente quien debe contestar los cuestionarios y no el profesional o el cuidador (familiares, otras personas cercanas): sus puntos de vista en aspectos como el grado en que su salud está siendo afectada por la enfermedad o los tratamientos, o sus preferencias sobre el lugar donde ser tratados (en el hospital, en su domicilio), pueden ser diferentes. En este sentido, la *Food and Drug Administration (FDA)*, propuso el término PRO –*patient reported outcomes*–, entendido como “una medida de cualquier aspecto del estado de salud del paciente que procede directamente del paciente, sin la interpretación de un profesional o cuidador”^{8,9}. En la actualidad, una gran mayoría de los cuestionarios de salud han sido diseñados como instrumentos PRO. Queda todavía por conocer cómo interpretar la información aportada por los profesionales o cui-

An. Sist. Sanit. Navar. 2013; 36 (3): 547-549

1. Red de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona
2. Servicio de Oncología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Correspondencia:

Juan Ignacio Arraras
Clínica de Rehabilitación
Avda Villava, 53
31015 Pamplona
jiarraras@correo.cop.es

dadores, en aquellos casos (ej. niños, pacientes muy graves) en los que el paciente no pueda valorar su situación.

Además, al evaluar la salud, se valoran no sólo las dimensiones físicas, sino también las psíquicas y sociales. En este sentido, hace unas décadas se entendía por una evaluación de CV en el paciente oncológico, una puntuación en una escala de performance status (nivel de funcionamiento físico) realizada por el médico. Ahora hay un consenso hacia emplear cuestionarios que midan diferentes dimensiones de salud y sean completados por el paciente.

Es muy importante que los instrumentos de medida que se emplean en salud cuenten con un buen funcionamiento psicométrico (fiabilidad, validez). Una escala que no tenga unos niveles psicométricos adecuados, no puede cumplir los objetivos que se pretenden con ella. Por ello, es necesario realizar adecuadamente las diferentes fases de creación (*fases iniciales*) y de validación (*fases posteriores*). Además, es interesante que dichas fases se lleven a cabo en diferentes centros y/o zonas culturales. Ha habido una tendencia a crear cuestionarios en un único centro y de manera relativamente rápida, pero estos cuestionarios luego no son válidos en estudios posteriores, al carecer de pasos clave en su creación. En esta misma línea, de no tratarse de un área de estudio nueva, más que crear cuestionarios en un centro, lo que se recomienda es profundizar en el estudio del funcionamiento estadístico de los instrumentos que ya han sido creados tras un proceso amplio de diseño.

Las *fases iniciales* de diseño de un cuestionario son cruciales; es en ese momento en el que más se puede ajustar el contenido de un instrumento y donde se pueden dar pasos claves para que su validez sea adecuada. A modo de resumen, en estas fases se parte de un objetivo del cuestionario (ej.: valorar la depresión, la CV en pacientes oncológicos), un modelo teórico del área a evaluar (qué se entiende por depresión o por CV) en el que se basará el cuestionario, y se hace un listado de todos los aspectos relacionados con dicha área que

luego se convierten en ítems. Sin embargo, esta idea ha tendido a no ser muy tenida en cuenta, dándose más peso a las fases finales (estudios de validación), en las que generalmente se producen menos cambios en el contenido, y no se suelen añadir dimensiones nuevas. Además, se ha tendido a crear escalas que no parten de un modelo del área a medir.

Las *fases finales* del desarrollo del cuestionario –proceso de validación en una muestra amplia de pacientes y en estudios posteriores– también son importantes, ya que permiten conocer si el instrumento cumple el objetivo para el que ha sido diseñado. (En esas fases se estudia la fiabilidad y gran parte de la validez del cuestionario).

La visión de los pacientes es clave a lo largo de todo el proceso de creación de los cuestionarios, en aspectos como qué áreas evaluar, si los ítems provisionales les parecen adecuados, o para analizar sus puntuaciones en dichos ítems. Sin embargo, esta importancia ha sido reconocida progresivamente, al tener en cuenta cada vez más la visión de los pacientes.

El futuro se orienta hacia la creación de escalas mediante el empleo de los modelos de la *Teoría Ítem Respuesta* (TIR). Este sistema se puede combinar con el modelo de trabajo más clásico. Esta teoría nos ofrece información que los sistemas clásicos no permiten conocer. Permite identificar preguntas de diferente dificultad, que cubran todos los niveles de la variable a medir, y que discriminen mejor a los sujetos. Posibilita además trabajar en el desarrollo de CAT –*Tests Adaptados por Ordenador*–, que promete ser una de las maneras de evaluar la salud en el futuro.

CAT ayuda a crear cuestionarios “a la carta” –ajustados a las características de cada sujeto–. Emplea una base de preguntas que cubren los diferentes valores de la variable a evaluar. El ordenador presenta al paciente unos ítems iniciales comunes para todos los sujetos. A partir de las respuestas del sujeto a esos ítems, el programa selecciona de entre las restantes preguntas, las que para esa persona van a poder ofrecer más información¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. BERMEJO JC, LOZANO B, VILLACIEROS M, CARABIAS R. Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento: Escala Humanizar. *An Sist Sanit Navar* 2013; 36: 35-45.
2. ARRARÁS JI, ARIAS DE LA VEGA F, ILLARRAMENDI JJ, MANTEROLA A, SALGADO E, DOMÍNGUEZ MA et al. Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34: 9-20.
3. GÓMEZ S, BALLESTER R, GIL B. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34: 349-361.
4. LIMA-SERRANO M, LIMA-RODRÍGUEZ JS, SÁEZ-BUENO A, CÁCERES-RODRÍGUEZ B. Diseño y validación de escalas para medir la actitud adolescente hacia: sexualidad, sustancias adictivas y seguridad vial ¿se relacionan con los comportamientos? *An Sist Sanit Navar* 2013; 36: 203-215.
5. PÉREZ-CIORDIA I, GUILLÉN-GRIMA F, BRUGOS LARUMBE A, AGUINAGA ONTOSO I. Validación de un cuestionario de mejora de la satisfacción laboral (CMSL) en profesionales de atención primaria. *An Sist Sanit Navar* 2012; 35: 413-423.
6. BASTERRA-GORTARI FJ, BES-RASTROLLO M, FORGA L, MARTÍNEZ JA, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ MA. Validación del índice de masa corporal auto-referido en la Encuesta Nacional de Salud. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30: 373-381.
7. OSOBA D. Measuring the effect of cancer on Quality of Life. En: Osoba D, editor. *Effect of Cancer on Quality of Life*. Boca Raton: CRC Press, 1991; 25-40.
8. VALDERAS JM, ALONSO J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res* 2008; 17: 1125-1135.
9. ACQUADRO C, BERZON R, DUBOIS D, LEIDY NK, MARQUIS P, REVICKI D et al; PRO Harmonization Group. Incorporating the patient's perspective into drug development and communication: an ad hoc task force report of the Patient-Reported Outcomes (PRO) Harmonization Group meeting at the Food and Drug Administration, February 16, 2001. *Value Health* 2003; 6: 522-531.
10. FAYERS P, MACHIN D. *Quality of Life*. 2nd ed. Chichester: John Wiley and Sons, 2007.

