

Estado de salud y calidad de vida en la región militar de Levante

Silvia Cortina Birlanga *

Ricardo Zaragoza Ginés **

Andrés Moragues Checa ***

María del Carmen Sáiz Sánchez ****

Jose Luis Alfonso Sánchez *****

RESUMEN

En este trabajo presentamos los resultados de la aplicación de un indicador de salud "El Perfil de Salud de Nottingham" en el medio castrense. Este perfil se concreta en un cuestionario auto-administrado dividido en dos partes, diseñado para medir la salud percibida y para evaluar como afectan los problemas de salud a las actividades normales de la vida. A su vez se relaciona con una encuesta que recoge información sobre datos personales y socio-económicos del colectivo. La sección del Perfil que denotó mayor percepción de enfermedad fué la de "reacciones emocionales" seguida por las secciones de "sueño", "energía" y "aislamiento social".

La variable "situación laboral fuera del Servicio Militar" esta relacionada con muchos items del Perfil que hemos aplicado.

Palabras clave: Calidad de vida, perfil de salud de Nottingham, indicador de salud.

SUMMARY

In this work we present the results of the application of a health indicator "The Nottingham Health Profile" in a military setting. This profile is presented in a self-administered questionnaire divided into two parts, designed to measure perceived health and to evaluate how health problems affect normal life activities. This in turn is related to a questionnaire that collects information on the personal and socioeconomic data of the collective. The section of the Profile that indicated the greatest perception of illness was that of "emotional reactions", followed by the sections "sleep", "energy" and "social isolation".

The variable "the labour situation outside Military Service" is related to many items in the Profile that we have applied.

KEY WORDS

Quality of life, Nottingham Health Profile, health indicator.

INTRODUCCION

En las últimas décadas existe un interés creciente en la evaluación de la percepción del impacto de la enfermedad en términos de calidad de vida (1,2). Este concepto de calidad de vida incorpora una multitud de experiencias subjetivas importantes (2,3). Especialmente resumiría, entre otras, las dimensiones de movilidad física, ausencia de dolor y agotamiento, capacidad para cuidarse por sí mismo y aptitud para entablar normales interacciones sociales (4).

Parece haber un consenso general en la importancia del bienestar "subjetivo" y la capacidad para llevar a cabo la actividad diaria (5).

En contraste, pues, con los indicadores de mortalidad, que medirían la cantidad de vida, este nuevo tipo de instrumentos se refiere globalmente a la medición de la "calidad de vida". Este término tiende dentro del campo sanitario a coincidir con el concepto de salud, y por ello no es raro que autores como Spitzer (6) sugieran diversas denominaciones, como las de "medidas de estado de salud" o "medidas de la calidad de vida relacionada con la salud" (4,7).

En este artículo presentamos la aplicación básica de un instrumento de salud percibida, "el Perfil de Salud de Nottingham" (PSN) (8,9), a un colectivo, en nuestro caso del medio castrense, aportando datos que puedan servir para una planificación más adecuada en este medio, que reúne unas características especiales.

El PSN está pensado como una medida de los problemas de salud de

la población, pero también es válido para la evaluación de resultados de las intervenciones médicas y/o sociales y como una ayuda a las entrevistas clínicas (10).

¿Qué información puede proporcionar el PSN que no proporcionan otros instrumentos de medida?. En primer lugar, este perfil es útil para la estimación del nivel de disminución e incapacidad en la comunidad (7,11), lo que representa una información muy importante para la organización de los Servicios Sanitarios. En segundo lugar, es útil a la hora de establecer las medidas de promoción de la salud y los servicios de prevención de la enfermedad, porque se puede distinguir entre las diferentes dimensiones de la enfermedad, Hunt (12) ha apuntado que el eslabón entre la presencia de síntomas, la percepción de los mismos y el uso de los Servicios Sanitarios es compleja y a menudo ha sido ignorada. Las medidas de salud subjetiva

* Licenciada en Farmacia. Colaboradora del Dto. Medicina Preventiva y Salud Pública.

** Cte. San. (Med). Especialista en Medicina Intensiva.

*** Cte. San. (Med). Doctor en Medicina.

**** Profesora titular Dto. Salud Pública. Universidad de Valencia.

***** Profesor Asociado Dto. Salud Pública. Universidad de Valencia.

Dto. Medicina Preventiva, Bromatología, Toxicología y Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.

tienen el poder de identificar necesidades que no están siendo atendidas, bien por inexistencia de servicios o a causa del uso inapropiado de los mismos

Por otra parte, el PSN es útil como indicador de la relación entre morbilidad y diversidad de importantes factores sociales como edad, sexo, ingresos o vivienda (19,11,12). Esta información es crucial para la implantación y evaluación de estrategias sociales y de salud y para proporcionar, a la Comunidad y a los Servicios Sanitarios, información sobre modelos sociales de salud.

MATERIAL Y METODOS

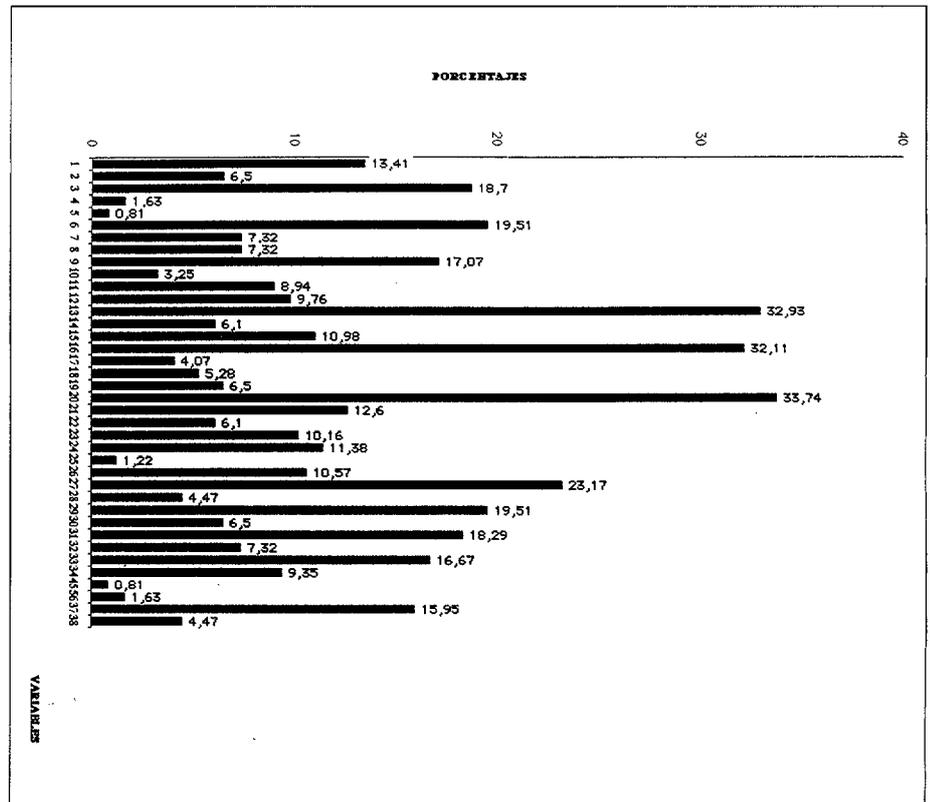
La encuesta utilizada para la realización del estudio consta de dos partes; en la primera parte se recogen las variables relativas a la edad, el estado civil, ingresos mensuales personales, situación laboral fuera del servicio militar, nivel de estudios, ocupación y opinión del encuestado sobre su estado de salud durante los últimos doce meses.

La segunda parte es la utilización propiamente del PSN (8). Este perfil de salud fue concebido por un grupo de investigadores del Departamento de la Facultad de Medicina de Nottingham. Fué diseñado para ser autoadministrado (9), también es posible leer los planteamientos a un individuo con problemas de visión o de lectura, puede ser utilizado en poblaciones mayores de 16 años y requiere un nivel mínimo de comprensión lectora correspondiente a la edad de diez años (13).

Se especifica a los encuestados que respondan sí o no a cada ítem, según sí el ítem les afecta de una manera valorable al rellenar el cuestionario.

Intenta medir el subjetivismo del estado de salud (2,3), mediante las respuestas a un conjunto de 38 ítems o puntos cuidadosamente seleccionados, relativos a seis áreas de funcionamiento social: dolor; energía, movilidad; sueño, aislamiento social y reacciones emocionales.

Todos los ítems tienen relación con las limitaciones en una actividad. La "perfecta salud" es definida como la ausencia de cualquiera de estas limitaciones. Los valores abarcan un resultado de 0 a 100 para ser calculado en cada sección. Una puntuación de 100 en alguna sección indica que el individuo sufre de todas

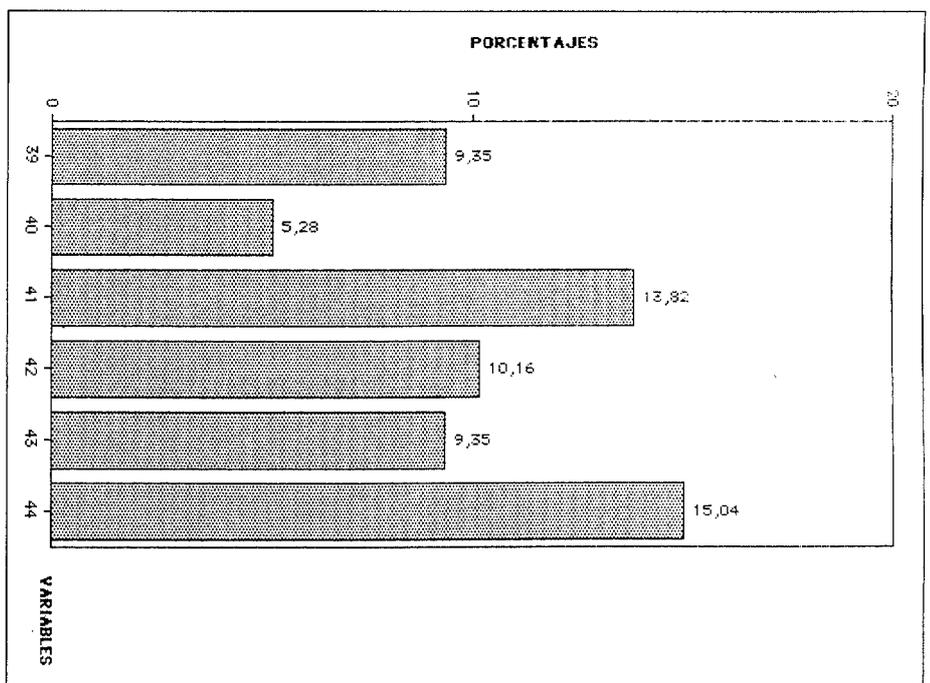


Gráfica 1: Distribución respuesta positiva variables 1 a 38 del PSN.

las limitaciones que están incluidas en la correspondiente sección del PSN (12,13).

Los autores del método recalcan que los resultados de las diferentes secciones no deben de ser sumados para obtener un resultado total, sino que los resultados deben presentarse como un "perfil"(9).

La segunda parte del PSN está relacionada con aquellas áreas de ejecución de tareas más afectadas por la salud. En la versión final, la segunda parte consiste en siete planteamientos relacionados con las áreas de la vida cotidiana más a menudo afectadas por la salud: trabajo remunerado, tareas domésticas; vida



Gráfica 2: Actividades de la vida afectadas por problemas de salud.

social vida hogareña; vida sexual, "hobbies" y vacaciones. En esta parte se pide a los individuos que contesten afirmativamente a cualquier actividad cuando su actual estado de salud les esté causando problemas y les esté afectando. Los planteamientos son evaluados según las respuestas afirmativas, las negativas no se puntúan (12,13).

El recuento y análisis de los resultados utiliza el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales, SPSS (13).

Respecto al ámbito descriptivo del estudio, las características poblacionales **personales** nos definen a los encuestados como soldados de reemplazo, varones de raza blanca y edades comprendidas entre los 19 y 26 años. Las encuestas fueron repartidas de forma aleatoria, al ingreso en el reemplazo.

El ámbito **geográfico** nos sitúa en la base de Marines, perteneciente a la Región Militar de Levante, habiendo solicitado previamente los permisos pertinentes.

Por último, y en parámetro **tiempo**, las encuestas son repartidas a los soldados de reemplazo pertenecientes al quinto llamamiento de 1991, celebrado en septiembre de 1991, durante el mes de enero, en el que ya han superado el periodo de instrucción militar y se encuentran en sus destinos correspondientes.

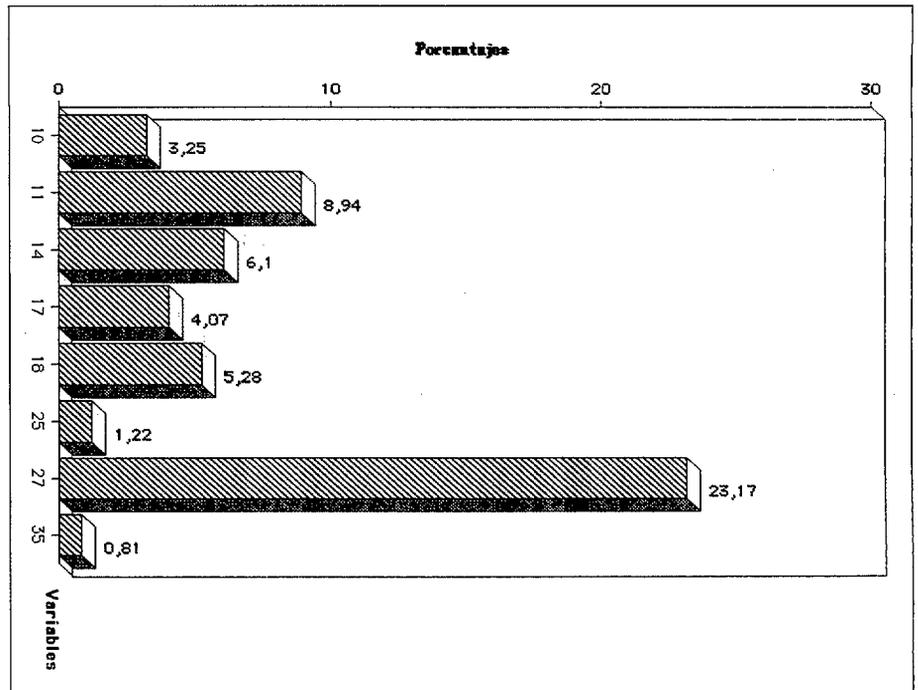
RESULTADOS

Destacamos en primer lugar las variables descriptivas del colectivo en estudio:

Respecto a la edad obtuvimos un valor mínimo de 18 años y un máximo de 26, presentando una media de 20,1 años, la edad más frecuente en los encuestados es la de 19 (50%), seguida de la de 20 (26,42%), y la de 21 (10,63%).

En cuanto a los ingresos mensuales percibidos, podemos ver que la situación más frecuente es la ausencia de ingresos (9,35%), seguida por ingresos de 80.000 pesetas (7,72%) y 60.000 (6,91%).

La variable que estudia la situación laboral fuera del Servicio Militar destaca que 123 (50%) se encuentra trabajando, 53 (21,54%) son estudiantes y 46 (18,70%) se encuentran en paro, sólo 15 (6,10%) estudia y trabaja simultáneamente.



Gráfica 3: Distribución respuesta positiva sección movilidad física del PSN.

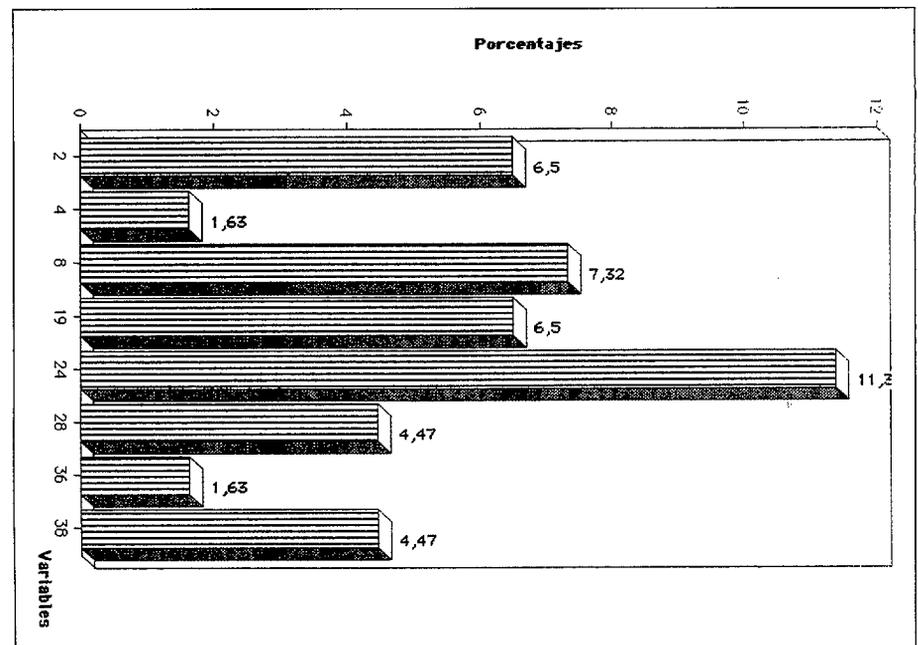
Con respecto al nivel de estudios, observamos que 31 (12,60%) ha permanecido menos de 6 años en la escuela, el 31,30% tiene estudios primarios, un 28,05% con estudios de formación profesional; presentando 7,72% estudios universitarios.

En cuanto a la ocupación, la mayoría son trabajadores cualificados, 27,24%, seguido por empleados y vendedores, 23,17%, los trabajos no cualificados suponen el 12,20%, los agrícolas 5,28% y en el grupo de di-

rectivos, empresarios o prof. liberales hay 6.5%.

Respecto al estado civil, salvo salvo un casado, el resto son solteros.

La encuesta también nos informó que solo 14 (5,69%) vive en pueblos de menos de 2000 habitantes con un nivel rural de entorno; 60 (24,39%) vive en ciudades de 2000 a 10.000, 86 (34,96%) vive en ciudades de 10.000 a 100.000; 49 (19,92%) vive en ciudades de 100.000 a 400.000; y solo 12 (4,88%) en ciudades de más de 400.000.



Gráfica 4: Distribución respuesta positiva sección dolor del PSN.

En la **GRAFICA Nº 1** se representa mediante diagramas de columnas la distribución de respuesta positiva a las variables del PSN correspondientes a las 6 secciones del Perfil.

En la **GRAFICA Nº 2** se representan las actividades de la vida que pueden verse interferidas por problemas de salud. Destacamos que los ítems v:44 "Intereses y Hobbies" así como la v:41 "vida social", son las que han obtenido un mayor número de respuestas positivas.

Las sucesivas gráficas nos van a describir las variables integrantes de cada sección:

GRAFICA Nº 3: Movilidad Física: 10, 11, 14,17,18,25, **27** y 35. "me cuesta permanecer en pie durante largo rato".

GRAFICA Nº 4: Dolor 2, 4, 8, 19, **24**, 28, 36 y 38. "siento dolor cuando permanezco de pie".

GRAFICA Nº 5: Sueño: 5, **13**, 22, 29 y 33. "me despierto a la madrugada".

GRAFICA Nº 6: Energía 1, 12, 26. "estoy siempre cansado".

GRAFICA Nº 7: Aislamiento Social: 9, 15, 21, 30 y 34. "me siento solo".

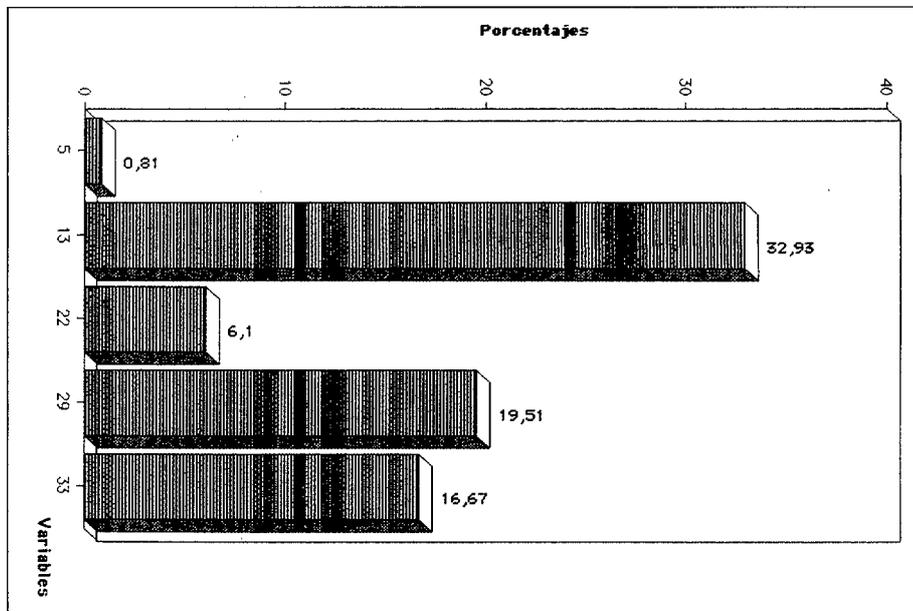
GRAFICA Nº 8: Reacciones emocionales: 3, 6, 7, **16**, **20**, 23, 31, 32, 37. v:20 "últimamente me pongo de mal humor". v:16 "los días parecen arrastrarse".

Por lo tanto, las variables que obtuvieron mayor nivel de autopercepción fueron las variables veinte ("últimamente me pongo fácilmente de mal humor"), perteneciente a la sección Reacciones Emocionales, y que corresponde prácticamente a un tercio de la población encuesta. Le siguen las variables trece ("me despierto a la madrugada"), perteneciente a la sección Sueño; la variable dieciséis ("los días parecen arrastrarse"), y la variable veintisiete ("me cuesta permanecer en pie durante largo rato").

La sección que denotó mayor percepción de enfermedad fué la de "reacciones emocionales" (20%, aproximadamente), seguida por las secciones "sueño", "energía" y "aislamiento social".

En el **CUADRO Nº 1**, se presentan las asociaciones estadísticamente significativas con probabilidad de 0.05 o inferior en el test estadístico "chi cuadrado", entre las variables socio-económicas y las variables del PSN.

Destacamos del mismo que la variable "ingresos mensuales persona-



Gráfica 5: Distribución respuesta positiva sección sueño del PSN.

les" está relacionada significativamente con un gran número de ítems del PSN.

En el estudio realizado, los ingresos nulos se asociaron con un alto nivel subjetivo de enfermedad y fundamentalmente con variables incluidas en la esfera del sueño.

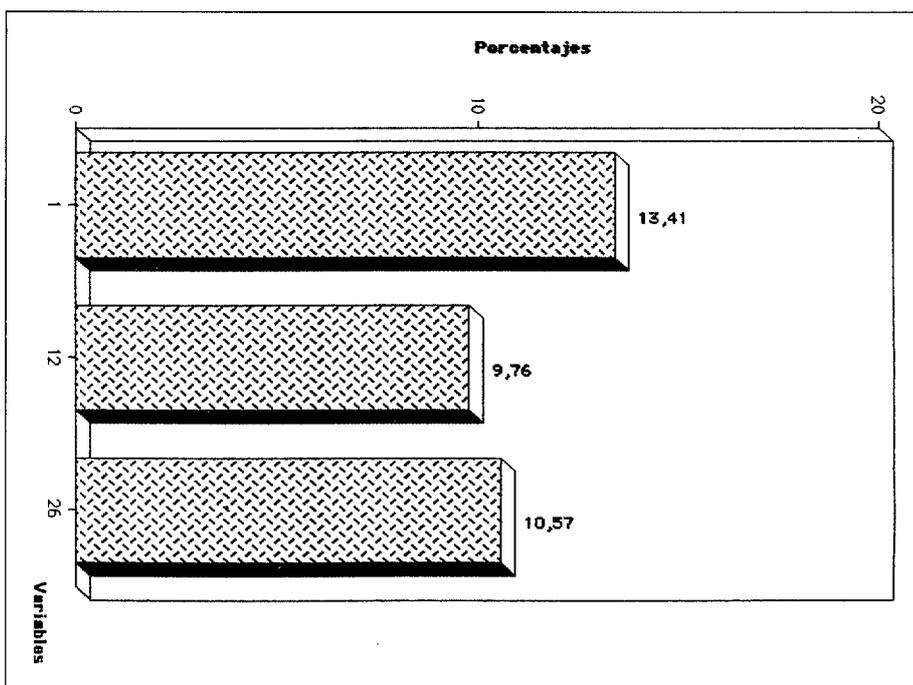
La variable "situación laboral fuera del del servicio militar" también está relacionada con muchos ítems del PSN.

Se observa un mayor porcentaje de respuesta afirmativa en los grupos 0 (paro) y 1 (trabajo) y les sigue

el grupo 2 (estudio). El grupo 4 (estudia y trabaja), obtuvo prácticamente un 0% de respuesta afirmativa, es decir, de enfermedad subjetiva.

El nivel económico fué una de las variables que mejor definió el nivel de enfermedad autopercebida, observándose una mayor relación con las variables:

v:5 "tomo sedantes para dormir", v:23 "siento como si estuviese perdiendo el control" y v: 26 "de repente pierdo las fuerzas", pertenecientes a las secciones "Sueño", "Reacciones emocionales" y "Energía", y fueron



Gráfica 6: Distribución respuesta positiva sección energía del PSN.

las más relacionadas significativamente ($p < 0.05$) con el nivel económico.

La variable "Estado de salud" está relacionada con casi todos los ítems del PSN, lo que nos sugiere que la idea que tienen los encuestados de su salud coincide con las respuestas dadas a los ítems del Perfil.

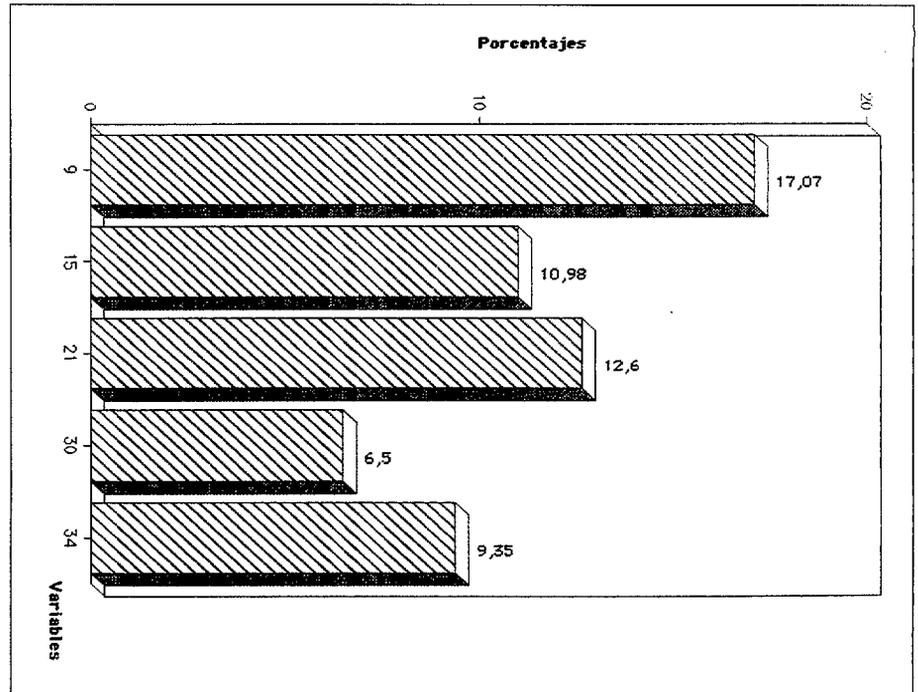
DISCUSION

La gran mayoría de cuestionarios que valoran la calidad de vida han sido desarrollados en Estados Unidos o Inglaterra, lo que supone un problema a la hora de su aplicación y aceptación en idiomas distintos al original (8). Al mismo tiempo, el concepto de calidad de vida está sometido a variaciones culturales, y no solamente entre países sino en subgrupos de población de los mismos países (12). Frente a estos inconvenientes las ventajas del PSN, entre las que destaca ser un cuestionario aplicable a situaciones diferentes, tanto a nivel comunitario como a nivel clínico, su alta fiabilidad y validez, así como su fácil administración y buena aceptación por parte de los encuestados, adecuaron su utilización en nuestro estudio (7, 13, 14).

Nuestra población es de carácter uniforme y peculiar. Se trata de un grupo de individuos jóvenes, varones, con edades que oscilan entre 18 y 26 años, que han sido extraídos de su medio habitual y que durante un determinado periodo de tiempo realizan una convivencia y tareas comunes. Proceden de estratos sociales muy diferentes; así, el 50% se encuentra en situación laboral activa, la mayoría (75,6%) tiene ingresos hasta 100.000 pesetas, y sólo un 7,72% tiene estudios superiores.

Al tratarse de la primera vez que se aplica en el medio castrense el PSN, nos es muy difícil establecer una comparación que nos ayude a comprobar la validez del mismo (8, 9).

Podemos intentar tratar de interpretar algunos de los resultados obtenidos. Así, en el caso de las variables con mayor porcentaje de respuesta afirmativa (v.20: "últimamente me pongo fácilmente de mal humor"), (v.13: "me despierto a la madrugada") y (v.16: "los días parecen arrastrarse"), pertenecientes a

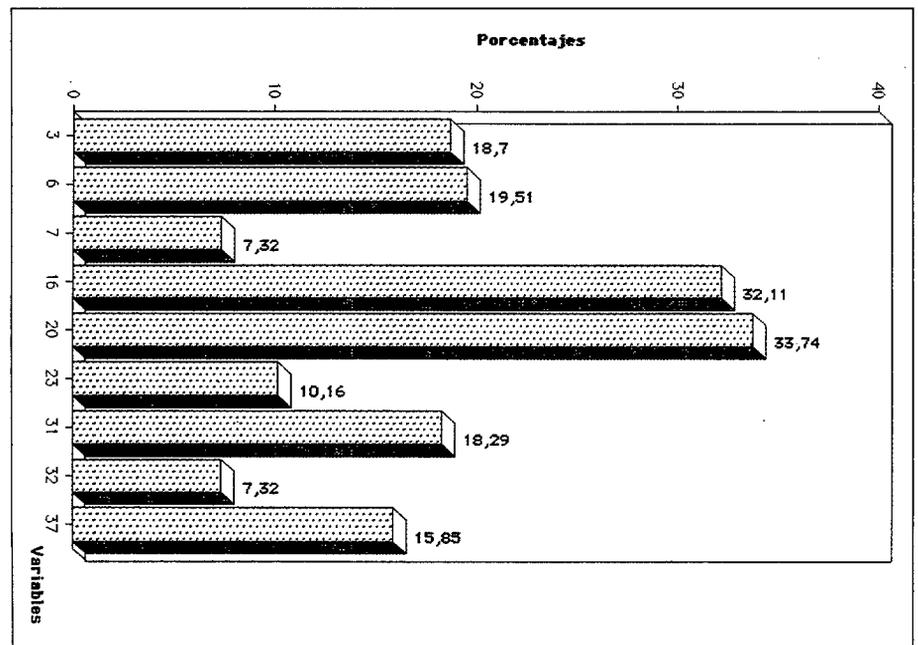


Gráfica 7: Distribución respuesta positiva sección aislamiento social del PSN.

las secciones de Reacciones Emocionales y Sueño, podrían relacionarse con los cambios en la vida moderna y el aumento del "stress", incluso en las edades juveniles de la vida como es el grupo de población que nos ocupa. Igualmente serían aspectos que sugerirían un adecuado seguimiento, incluso pensando en medidas de prevención con objeto de establecer programas de planificación sanitaria eficaces.

Los aspectos de "ingresos mensuales personales" y "situación labo-

ral fuera del servicio militar" que evidentemente están intensamente relacionados, muestran algunos aspectos de interés. Podemos considerar que el elevado porcentaje de individuos con alguna ocupación más o menos estable fuera del servicio militar tiene que relacionarse con la distribución de orígenes y residencia de los individuos. Es decir, que el mayor porcentaje de reclutas procedentes del medio rural puede contribuir a explicar este hecho, aún teniendo en cuenta la gravedad de la



Gráfica 8: Distribución respuesta positiva sección reacciones emocionales del PSN.

situación general en nuestro ambiente en cuanto a paro laboral, ya que en el medio rural, evidentemente, es mucho más fácil, al tratarse de un sector primario, la disponibilidad de ocupaciones que, aunque puede ser de carácter estacional, puede facilitar un nivel de empleo superior al derivado de la crisis industrial.

Asimismo se puede observar que, lógicamente, las variables ligadas a una situación de inestabilidad emocional (v.5: "siento como si estuviese perdiendo el control"), están directamente asociadas a los niveles económicos y a la situación laboral, a diferencia de los resultados obtenidos con la aplicación de este Perfil en grupos de población industrial (16), en el que las variables más frecuentes fueron las relacionadas con el "dolor" y con la "capacidad física", situación lógica dada la diferencia de edades y características generales de ambos colectivos.

En sí mismo, es explicable que el nivel de estudios esté asociado intensamente con la v.6: "no recuerdo lo que es divertirme", v.16: "los días parecen arrastrarse", y v.32: "siento que no vale la pena vivir la vida", y también con el nivel social, lo cual se debe posiblemente a la situación más difícil que observa esta población con menos recursos económicos, afirmación que concuerda con el resultado de otros trabajos publicados en Australia (17), Inglaterra (18), así como en pacientes con patologías específicas (19, 20, 21).

VARIABLES SOCIOECONOMICAS	SECCIONES PSN	P
EDAD	AISLAMIENTO SOCIAL	0.049
INGRESOS	MOVILIDAD FISICA	0.007
	AISLAMIENTO SOCIAL	0.015
	REACCIONES EMOCIONALES	0.036
SITUACION LABORAL	MOVILIDAD FISICA	0.001
ESTADO DE SALUD	MOVILIDAD FISICA	0.000
	DOLOR	0.000
	SUEÑO	0.000
	ENERGIA	0.000
	AISLAMIENTO SOCIAL	0.000
	REACCIONES EMOCIONALES	0.000

Cuadro Nº 4

En la observación del PSN, considerando las respuestas dadas a las variables así agrupadas e intentando deducir la validez de dichas secciones para su aplicabilidad al contingente militar estudiado, cabe comentar que la máxima validez la observó la sección de "Energía", dado que las respuestas a cada una de las variables que la componen es homogénea, a diferencia de lo que ocurrió en otras secciones.

Tradicionalmente, los Servicios de Salud han sido concebidos y destinados para la curación de procesos agudos, Pero recientemente este concepto ha sufrido variaciones y los Servicios de Salud se ocupan también del cuidado de procesos de rehabilitación, poniendo especial énfasis en las medidas preventivas. Así queda reflejado en estudios realizados de su aplicación a diversas enfermedades crónicas o a

pacientes que han sufrido intervenciones quirúrgicas, trasplante de órganos o están sometidos a alguna medicación de forma permanente. (20) (22)

En nuestra experiencia consideramos que puede ser de gran utilidad la aplicación de este Perfil de Salud, al igual que en otros medios como es el personal laboral de industrias, personal hospitalario, etc en el que se realice periódicamente un control del nivel de salud mediante reconocimientos adecuados, ya que podría contribuir a una labor de tutelaje de aquellos individuos en que se hubiera observado un nivel bajo de resultados globales o en alguno de los parámetros de la prueba, de modo que ello facilita el seguimiento de la evolución de los problemas y de la eficacia relativa de las medidas que se hayan puesto en práctica para mejorar la situación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BERGNER, M.: Measurement of health status. Med. Care., 23: págs. 696-704, 1985.
- 2.—SAIZ, C.; ZURRIAGA, O.; CORTINA, P.: Indicadores de salud de Población N. Arch. Fac. Med., 43: págs. 365-370, 1985.
- 3.—CORTINA, P.: Sanometría y Salud Pública. Rev. San. Hig. Pún., 57: págs. 255-262, 1983.
- 4.—BERGNER, M.: Quality of life, health status and clinical research. Med Care., 27: págs. 148-156, 1989.
- 5.—BADIA, X.: La mesura de la qualitat de vida en la recerca clínica. Salut Catalunya., 4: págs. 92-96, 1990.
- 6.—SPITZER, W.O.: State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. J. Chron. Dis., 6: págs. 465-471, 1987.
- 7.—PATRICK, D.L.; BERGNER, M.: Measurement of health status in the 1990's. Ann. Rev. Public. Health., 11: págs. 165-183, 1990.
- 8.—ALONSO, J.; ANTO, J.M.; MORENO, C.: The Spanish Version of the Nottingham Health Profile translation and preliminary validity. Am. J. Public. Health., 80: págs. 704-708, 1990.
- 9.—WIKLUND, Y.: The Nottingham health Profile: A measure of health-related Quality of Life. Scand. J. Prim. Health Care Suppl., 1: págs. 15-18, 1990.
- 10.—O'BRIEN, B.; BANNER, M.; GIBSON, S.; YACONB, M. The Nottingham Health Profile as a measure of quality of life following combined heart and lung transplantation. J. Epidemiol. Community Health., 42: págs. 232-234, 1987.
- 11.—KIND, P.; CARR-HILL, R.: The Nottingham Health Profile: A useful tool for epidemiologist?. Soc. Sci. Med., 25: págs. 905-910, 1987.
- 12.—HUNT, S.M.; McKENNA, S.P.; McEWEN, J.: The Nottingham health Profile subjective health status and medical consultations. Soc. Sci. Med., 15 A: págs. 221-229, 1981.
- 13.—McEWEN, J.: The Nottingham Health Profile. A Walker S.r. Rosser R.M. eds. Quality of life assessment and application. Oxford, MTP. Press Ltd, págs. 95-111, 1988.
- 14.—McDOWELL, I.; NEWELL, C.: Measuring health. Aguide to rating scales and questionnaires. New York, Oxford University Press, 1987.
- 15.—JENKINSON, C.: Why are we weighting? A critical examination of the use of item weights in a health status measure. Soc. Sci. Med., 32: págs. 1413-1416, a1991.
- 16.—BARBERA, M.T.: Utilización del Perfil de Salud de Nottingham para la evaluación de la salud laboral. Valencia: Universitat de Valencia. Dto Salud Pública, Tesis de Licenciatura, 1990.
- 17.—EBAUM, E.; COOKE, D.: Community Health needs assessment: Use of The Nottingham Health Profile in an Australian Study. Med J. Aust., 150: págs. 581-590, 1989.
- 18.—Department of Health and Social Services 1984: Report of wording group inequalities in health. London. HMSO.
- 19.—MANNINEN, D.L.; EVANS, R.W.: A longitudinal assessment of the health status of diabetic and non-diabetic renal transplant recipients. Cin-Transp. 23: págs. 203-209, 1988.
- 20.—CAINE, N.; HARRISON, S.C.; Sharples, L.D.: Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting. Br. Med. J., 302: págs 511-516, 1991.
- 21.—WIKLUND, I.; ROMANUS, B.: Self-assessed disability in patients with coxarthrosis reliability of the Nottingham Health Profile. Act. Orth., Sc., 59: págs. 86-87, 1988.
- 22.—ALFONSO, J.L.; CORTES, C.; ARNEDEO, A.; BENEYTO, F.; SABATER, A.: Medición del nivel de salud del personal sanitario hospitalario a través de un indicador general. V Congreso Nacional de la Sociedad de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria. Santander 1989.