

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA

L. Lizán Tudela^a y A. Reig Ferrer^b

Introducción

El objetivo principal de la práctica médica consiste en preservar el estado de salud del paciente, pero la salud ya no se puede entender únicamente como la simple ausencia de la enfermedad y la atención médica; consecuentemente ha ampliado sus horizontes desde una focalización biológica hacia un funcionamiento global, físico, mental y social. Esto es especialmente relevante en atención primaria, donde somos conscientes como en ningún otro campo de conocimiento de la necesidad de desarrollar una práctica clínica orientada biopsicosocialmente. Con el modelo biomédico clásico difícilmente podemos comprender el amplio abanico de motivos de consulta.

Si consideramos que es importante el estado funcional deberemos ser capaces de evaluarlo de alguna manera. Estado funcional, estado de salud y calidad de vida son conceptos íntimamente relacionados e intercambiables en muchos aspectos¹. La WONCA define el estado funcional como la capacidad para desarrollar una determinada tarea o rol en un momento dado o durante un período determinado². El estado funcional es un aspecto del estado de salud que a su vez forma parte de la calidad de vida relacionada con la salud. En la actualidad disponemos de una amplia colección de instrumentos que nos informan de cómo se siente el paciente, cuál es su estado funcional y cómo percibe su propia salud. Sin embargo, evaluar adecuadamente todos estos aspectos requiere un tiempo precioso en las ya de por sí sobrecargadas consultas de atención primaria.

En los últimos 25 años la evaluación del estado de salud se ha empleado en una amplia variedad de situaciones³: *a*) descripción del perfil de salud para pacientes con diferentes diagnósticos y gravedad de patologías; *b*) evaluación de los relativos beneficios de diferentes tratamientos; *c*) comparación de resultados en salud entre diferentes proveedores sanitarios; *d*) evaluación de iniciativas en políticas sanitarias, y *e*) medición del estado de salud en la población general. Sin embargo⁴, está recibiendo más atención la utilización de las mediciones del estado de salud en la práctica clínica para la evaluación individual del paciente y la monitorización de su tratamiento. La incorporación de las medidas genéricas en las consultas teóricamente podrían cubrir varios objetivos: *a*) describir el estado global de los pacientes; *b*) servir de cribado para patologías incipientes; *c*) estimar necesidades no detectadas rutinariamente; *d*) monitorizar la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, y *e*) mejorar la relación médico-paciente.

¿Cuál es la razón de este creciente interés en la utilización

de mediciones para el paciente en la consulta? Ya se ha comentado el paradigma del modelo biopsicosocial: nuestra mirada como generalistas nos obliga a tener una percepción integral del individuo. Además, los estudios realizados en los últimos años han demostrado una pobre correlación entre las estimaciones del médico y las del paciente sobre el estado funcional, el bienestar emocional y la calidad de vida en general. Es necesario trabajar con las percepciones de los propios pacientes⁵ –y si son autodeclaradas mejor–. Un último argumento se centra en el progresivo aumento de la esperanza de vida de la población y el incremento de las patologías crónicas donde no se espera una curación y los esfuerzos terapéuticos se deben focalizar en intentar lograr mejorías en la sensación de bienestar global del paciente. Siendo conscientes del cambio que representan las condiciones crónicas sobre todo en la atención primaria, desde diversos foros se ha propuesto que la calidad de vida sea tenida en cuenta como el objetivo esencial de los cuidados médicos⁶. Uno de los instrumentos genéricos fundamentales para ser empleados en atención primaria son las viñetas COOP/WONCA, y el único específicamente diseñado para ser utilizado en la consulta médica⁷.

Las viñetas COOP/WONCA: el instrumento

Las viñetas o láminas COOP (anexo 1) las desarrollaron originalmente los profesionales de una red de centros médicos comunitarios que cooperaban en actividades de investigación de atención primaria^{8,9}: The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project (COOP Project), Hanover, New Hampshire, E.E.U.U. Se diseñaron para proporcionar un sistema de medición del estado funcional en la consulta médica. Las viñetas aportan un sistema rápido, válido y fiable de cribado de los pacientes que determina quién podría beneficiarse de una evaluación más exhaustiva. El grupo investigador pretendía además

^aUnidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Castellón.

^bDepartamento de Psicología de la Salud, Universidad de Alicante.

Correspondencia:
L. Lizán.
Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia.
C/ Fola, 5.
12002 Castellón.

Correo electrónico:
lizan_lvi@gva.es

que tuviera una interpretación sencilla, fuera útil clínicamente y, sobre todo, manejable y eficiente en el contexto de la práctica clínica. Los objetivos que debía cumplir la nueva medida eran: *a)* proporcionar datos válidos y fiables en las principales dimensiones de funcionamiento: físico, mental y social; *b)* adaptarse fácilmente a la rutina diaria de recogida de datos desarrollada en la consulta; *c)* ser aplicable a pacientes con una gran variedad de problemas y diagnósticos, como los que se presentan en atención primaria; *d)* poseer un alto grado de validez aparente y ser aceptada ampliamente por médicos y pacientes; *e)* producir unos resultados de fácil interpretación, y *f)* facilitar una información de utilidad clínica.

El instrumento abarca un total de 9 láminas. Cada una de ellas consta de un título, una cuestión referida al estado de salud durante el último mes y 5 posibles respuestas. Cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de 5 niveles. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. Cada lámina representa una dimensión de la calidad de vida. La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa en las dimensiones estudiadas.

Las viñetas pueden ser administradas por un profesional sanitario o, idealmente, ser autoadministradas, ya sea en la sala de espera de la consulta médica o en el propio domicilio. Aunque hay una buena correlación entre la autoadministración y la administración por profesionales, la primera tiene la ventaja de que elimina el posible sesgo debido al entrevistador¹⁰. Nuestro grupo de trabajo ha obtenido porcentajes de autoadministración cercanos al 70%¹¹. Otros estudios obtienen tasas globales de respuesta en cuestionarios enviados por correo del 68-84%, si bien hay que tener en cuenta que se trata de estudios realizados en países escandinavos y anglosajones, con una mayor tradición en la cumplimentación de cuestionarios¹²⁻¹⁴. Cabe señalar que la posible influencia de otras personas (familiares, amigos) al cumplimentar el instrumento no ha sido adecuadamente estudiado. Se ha informado de correlaciones entre administradores de distinta categoría profesional (enfermería frente a medicina) del 0,77, con un rango de 0,50-0,98⁸.

Antes de cumplimentar las viñetas son necesarias unas breves instrucciones. Es importante que el paciente comprenda que sólo es posible una respuesta por lámina. Las instrucciones deben abarcar los siguientes aspectos:

- El concepto de estado funcional: la capacidad para desarrollar determinadas tareas en la vida.
 - El número de cuestiones con las dimensiones exploradas.
 - La estructura de las respuestas: cinco alternativas por cada cuestión, de las cuales sólo una debe ser elegida.
 - La jerarquía de las alternativas.
- a)* En todas las cuestiones excepto en la 5: desde sin limitaciones hasta la máxima limitación.

b) En la número 5: de mejoría a deterioro.

- El tiempo de referencia: «durante las últimas 4 semanas».
- El papel de las ilustraciones como complemento de ayuda para la elección de la respuesta adecuada.

El paciente debe ser estimulado a leer las preguntas cuidadosamente y seleccionar la alternativa que considere más apropiada («la respuesta correcta es la que usted piense que es la correcta»). Si es necesario, las cuestiones pueden leerse en voz alta por parte del profesional, y si no se comprenden, deben clarificarse, pero siendo cuidadosos en no sugerir una respuesta determinada.

Las ilustraciones consiguen que el instrumento tenga una apariencia atractiva y amigable pero no parecen influir en los resultados. Larson¹⁵ llevó a cabo un ensayo aleatorio: a uno de los grupos les administró 4 ítems del cuestionario sin ilustraciones y al otro grupo les aplicó las viñetas completas. No encontró diferencias significativas entre los grupos. Kempen et al¹⁶, en una muestra de ancianos, y Perneger et al¹⁷, en una muestra de la población general, realizan trabajos similares con el cuestionario completo y tampoco descubren diferencias significativas entre los grupos. Por lo tanto, aunque la representación pictórica pueda influir en la validez aparente del instrumento, no parece ejercer ninguna acción sobre los resultados.

A finales de los años ochenta, la WONCA decidió revisar el cuestionario original y promover su uso en atención primaria¹⁰. El objetivo principal de la WONCA consistía en conseguir un instrumento válido, fiable, sencillo, de fácil manejo en la consulta, aceptado por el paciente y que sirviera como medida de resultado en atención primaria. Además, se perseguía alcanzar un estándar que fuera aplicable internacionalmente tras las correspondientes adaptaciones transculturales. Se eliminaron las viñetas correspondientes al apoyo social y la calidad de vida, y se dejó la del dolor como opcional. El tiempo de referencia de las cuestiones se redujo de 4 a 2 semanas. Se modificaron los títulos y las preguntas (tabla 1). En todas las láminas, los dibujos se simplificaron al máximo: sólo se dejó un dibujo por cada categoría de respuesta y se introdujeron símbolos reconocidos internacionalmente. Se especificó el orden en que debían pasarse las láminas: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud y dolor. El instrumento puede cumplimentarse en menos de 5 minutos. Normalmente cada lámina ocupa 30-45 segundos, independientemente del método de administración^{11,18,19}. La revisión se completó en 1990 y se denominó al nuevo instrumento viñetas COOP/WONCA para diferenciarlo de las originales viñetas COOP. En la tabla 2 se muestra un análisis comparativo de las viñetas COOP/WONCA con otros instrumentos genéricos de medición de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Por lo que respecta al sistema de puntuación, los autores originales resaltaban el hecho de que cada lámina repre-

TABLA 1 Denominación de los títulos de las viñetas en el instrumento original COOP y en el nuevo instrumento COOP/WONCA

COOP charts	COOP/WONCA charts
Physical condition	Physical fitness
Emotional condition	Feelings
Daily work	Daily activities
Social activities	Social activities
Change in condition	Change in health
Overall condition	Overall health

senta una dimensión de la CVRS y las puntuaciones no debían agregarse para reflejar una puntuación global de funcionamiento. Van Weel, aunque afirma que cada una de las láminas permite una interpretación directa en la dimensión estudiada, deja abierta la posibilidad, al igual que otros instrumentos genéricos, de sumar las puntuaciones de todas las láminas y ofrecer un índice global²⁰. Si se tiene en cuenta que al realizar un análisis factorial se obtiene un único factor, parece factible la posibilidad de emplear

este índice global más allá de las interpretaciones unidimensionales²¹.

Fiabilidad

La fiabilidad test-retest a las 2 semanas, evaluada por medio de los coeficientes de correlación de Spearman, varía en 0,52-0,72 en la versión española. Cuando repetimos este análisis solamente para aquellos individuos que manifiestan encontrarse igual que en las 2 semanas anteriores (viñeta número 5 = 3), los coeficientes son sensiblemente superiores a los anteriores (0,66-0,81). Por último, al comparar las medias en las puntuaciones del cuestionario en ambos momentos temporales por medio de la prueba de los rangos signados de Wilcoxon, la mayoría resultaron no ser significativos, sugiriendo que, aunque existe mayor correlación en los sujetos que no manifiestan cambios en el estado de salud, en general no se pueden apreciar diferencias en los resultados en todo el conjunto de pacientes (los que refieren cambios y los que no)¹¹. En general, estos niveles de fiabilidad pueden considerarse aceptables e indican que las láminas son estables durante relativos cortos períodos de tiempo.

TABLA 2 Comparación de 5 instrumentos genéricos de medición de la CVRS

	COOP/WONCA	SIP	NHP	SF-36	EuroQol
Constructo					
Físico					
Movilidad/deambulación	+	+	+	+	+
Autocuidados	+	+	+	+	+
Mental					
Síntomas emocionales	+	+	+	+	+
Autoestima	-	-	-	+	-
Cognición	-	+	-	-	-
Actividades sociales/apoyo	+	+	+	+	+
Estado de salud general	+	-	-	+	+
Cambio de salud	+	-	-	+	-
Discapacidad/alteración del rol	+	+	-	+	-
Dolor	+	-	+	+	+
Características					
N.º de ítems	6	136	38	36	5
Tiempo (min)	< 5	20-30	< 10	< 10	< 5
Aceptabilidad	++	+	+	+	++
Validez	+	+	+	+	+
Fiabilidad	+	+	+	+	+
Sensibilidad al cambio	+	+	+	+	+
Simplicidad	++	-	±	±	++

COOP/WONCA: Dartmouth COOP Functional Status Assessment. Charts/WONCA; EuroQol: EuroQol-5D; SF-36: The MOS 36-Item Short Form Health Survey; NHP: Nottingham Health Profile, y SIP: Sickness Impact Profile.

Los resultados son similares a los referidos en la bibliografía²².

Si bien en sentido estricto el cálculo del alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna carece de sentido, dada la estructura unidimensional de cada una de las viñetas, sí podría ser relevante si pretendemos agregar las puntuaciones para obtener un índice global. Bajo esta perspectiva se calculó el coeficiente para la versión española, 0,73, y cuando se añadía la lámina opcional del dolor pasaba a ser de 0,77¹¹.

Validez

El cuestionario demostró tener una buena validez aparente ante una muestra de estudiantes de medicina, puesto que al 99% no le provocaba malestar, aburrimiento o fatiga y un 70-75% consideró que mejoraba la comunicación entre paciente y profesional. Cuando se pregunta a los estudiantes, a profesionales de la medicina y a pacientes por las dificultades que en su comprensión entrañaba el instrumento, alrededor del 90% afirmaba no encontrar dificultad alguna²³.

La matriz multirrasgo multimétodo (MTMM) pretende analizar si los componentes de instrumentos que miden similares dimensiones correlacionan más intensamente que aquellas dimensiones que no están relacionadas conceptualmente. La MTMM entre el SF-36 y las viñetas²⁴ ofrece una validez convergente (media de dimensiones equivalentes) del 0,68, prácticamente el doble que la validez discriminante (media de dimensiones diferentes), 0,32, resultados muy similares a los publicados por Siu et al²⁵. Las viñetas han mostrado ser sensibles al estado funcional no detectado por otros instrumentos. Un estudio encuentra grandes diferencias en la comparación de pacientes entre el Perfil de Salud de Nottingham (PSN) y las viñetas: un 47-71% de los pacientes mostraba un funcionamiento óptimo con el PSN; sin embargo, cuando aplicaron el COOP/WONCA este porcentaje disminuía ostensiblemente²⁶. La MTMM entre ambos²⁴ ofrece una validez convergente de 0,44 y una discriminante de 0,20.

Por lo que respecta a la influencia de diversas variables sociodemográficas en los resultados del instrumento, los efectos tienden a ser coincidentes en la bibliografía: la edad influye negativamente en la autopercepción de CVRS; este hecho es sobre todo evidente para la forma física en la versión española¹¹, noruega²⁷ y china²⁸. Un aspecto recurrente en múltiples trabajos sobre la CVRS es la peor percepción de salud en las mujeres de forma similar a las láminas^{11,12}. A medida que aumenta el número de patologías y/o el número de medicamentos consumidos, se deteriora la autopercepción de la CVRS^{7,18} y los ingresos económicos y el nivel de estudios presentan una relación inversa con la calidad de vida^{29,30}. Al realizar un análisis multivariante para valorar el impacto de las patologías en las dimensiones

del cuestionario, se demostró una sensibilidad similar al SF-36³¹.

Sensibilidad al cambio

En un estudio que incluyó a 185 pacientes con accidente cerebrovascular durante un período de seguimiento de 6 meses las dimensiones de funcionamiento (forma física, actividades diarias y actividades sociales) correlacionaron significativamente con el índice de Barthel, mientras que la viñeta de sentimientos correlacionó intensamente con la escala de depresión de Zung⁷. En otro trabajo que valoraba los cambios en la gravedad del asma se encontró que un cambio en el flujo espiratorio del 10% se correspondía con cambios significativos en la forma física, actividades diarias y actividades sociales. No había cambios en la dimensión emocional, lo que proporcionaba evidencias adicionales de que las viñetas discriminan entre los componentes físicos y emocionales³². Similares hallazgos se encontraron en un estudio holandés³³.

En la versión española se evaluó la sensibilidad a los cambios en 2 muestras de pacientes según hubieran manifestado la existencia o no de cambios en su estado de salud en las 2 semanas previas mediante la respuesta a la viñeta número 5. Se calculó el tamaño del efecto en los 2 grupos y el cuestionario demostró tener una moderada sensibilidad a los cambios, teniendo en cuenta que el único criterio utilizado para compararlos era la puntuación en una lámina del cuestionario¹¹.

Experiencias con las viñetas COOP/WONCA

Las viñetas se han empleado en nuestro país para describir la CVRS en grupos de pacientes de atención primaria, sus acompañantes, familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer, mujeres embarazadas y personas adictas a las drogas²¹. Además, existen estudios internacionales que también evalúan el estado de salud de pacientes que acuden a consultas de atención primaria de áreas urbanas y rurales de Estados Unidos⁸, muestras poblacionales³⁴, mujeres embarazadas³⁵ y un interesante ensayo llevado a cabo en 7 países para evaluar la aceptabilidad de las viñetas³⁶.

Diversos estudios estiman el impacto de diferentes diagnósticos y gravedad de patologías en la CVRS en el ámbito de la atención primaria, ya sea en pacientes con problemas agudos o crónicos^{37,38}, ancianos³⁹, pacientes con accidentes cerebrovasculares³², sujetos con dispepsia⁴⁰, con dolor lumbar⁴¹, migraña⁴², insuficiencia cardíaca⁴³, hipertensión⁴⁴, diabetes⁴⁵, asma^{32,33}, hepatopatía crónica⁴⁶ o depresión⁴⁷.

También se ha utilizado como un indicador de resultado en salud en pacientes con infarto agudo de miocardio⁴⁸, y cáncer⁴⁹, para evaluar la implicación de voluntarios en atención primaria⁵⁰, como estimador del consejo en nuestro nivel asistencial⁵¹ y para medir el efecto de dos tipos de técnicas quirúrgicas⁵² (laparoscopia frente a laparotomía).

Conclusiones

Se trata de un cuestionario diseñado explícitamente para su uso en atención primaria. Tiene un amplio reconocimiento internacional y está convenientemente integrado dentro de la recogida de datos sobre la actividad de los pacientes desarrollada en la clínica práctica rutinaria; es uno de los cuestionarios más breves. La información visual es rápidamente procesada e integrada además de propiciar una participación más atractiva y agradable. Algunos estudios afirman que las viñetas son el mejor instrumento para proporcionar una medida multidimensional en atención primaria, basándose fundamentalmente en las preferencias entre instrumentos de los pacientes y en criterios de validez y fiabilidad^{53,54}.

Las viñetas generan información válida y reproducible cuando se administran adecuadamente, producen similares resultados que otras medidas ya ampliamente validadas y se correlacionan en la dirección esperada con variables clínicas y sociodemográficas. Son sensibles al efecto de diversas patologías y tanto los profesionales sanitarios como los pacientes creen que las láminas pueden ser beneficiosas y son fáciles de utilizar, comprender e interpretar. Además los médicos que las han utilizado indican que generan nueva información significativa en aproximadamente uno de cada 4 pacientes⁸.

Una de las principales desventajas radica en su efecto techo (*ceiling effect*), es decir, los resultados de las viñetas están algo sesgados hacia el extremo de la escala que denota buena CVRS, sobre todo en los correspondientes a sentimientos, actividades cotidianas y actividades sociales. Esta característica también se cumple en aquellos instrumentos que tienden a representar la salud como la ausencia de limitaciones⁴. La principal limitación de este hecho radicaría en la disminución de la sensibilidad del COOP/WONCA cuando se emplee en sujetos con mínima comorbilidad.

Otro de los inconvenientes viene dado por la naturaleza del instrumento. Como en otras medidas genéricas la sensibilidad al cambio parece ser buena para condiciones con un impacto sustancial e importante en el funcionamiento global y bienestar, y no así tanto para aquellas condiciones con una repercusión más limitada en la CVRS. Es importante además mencionar los resultados de una revisión reciente de ensayos clínicos aleatorios que valoraban la utilidad de la CVRS de los pacientes en la consulta. Concluyen que sólo se modifican una minoría de indicadores del proceso de atención, pero no se modificaba el resultado de la atención⁵⁵. Si bien hay que mencionar que el escaso número de ensayos evaluados y la inexistencia de una evaluación sobre estudios observacionales prospectivos hace que debamos ser cautelosos con los hallazgos.

En definitiva las láminas COOP/WONCA son un instrumento de medición de CVRS potencialmente muy útil en atención primaria.

Bibliografía






1. Meyboom-de Jong B, Smith RJA. How do we classify functional status? *Fam Med* 1992;24:128-33.
2. Van Weel C. Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disability and Rehabilitation* 1993;15:96-101.
3. McHorney CA. Generic health measurement: past accomplishments and a measurement Paradigm for the 21st century. *Ann Intern Med* 1997;127:743-50.
4. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Quality of Life Res* 1995;4:293-307.
5. Dolan P. Valuing health-related quality of life. Issues and controversies. *Pharmacoeconomics* 1998;15:119-27.
6. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Eng J Med* 1996;334:835-40.
7. Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life: generic instruments. En: Shumaker SA, Berzon R, editors. *Quality of life: theory, translation, measurement & analysis*. Oxford: Rapid Communications of Oxford Ltd., 1995; p. 24-9.
8. Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD, Wasson JH, Kirk JW. The functional status of patients. How can it be measured in physicians' offices? *Med Care* 1990;28:1111-26.
9. Nelson EC, Wasson JH, Kirk JW. Assessment of function in routine clinical practice. Description of the COOP Chart method and preliminary findings. *J Chronic Dis* 1987;40:55.
10. Scholten JHG, Van Weel C. Functional status assessment in family practice. The Darmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA. Lelystad: Meditekst, 1992; p. 17-51.
11. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 1999;24:75-82.
12. Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Studies with the Darmouth COOP charts in general practice: comparison with the Nottingham health profile and the general health questionnaire. En: Lipkin Jr M, editor. *Functional status measurement in primary care*. New York: Springer-Verlag, 1990; p. 132-49.
13. Bruusgaard D, Nessioy I, Rutle O, Furuseth K, Natvig B. Measuring functional status in a population survey. The Darmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA used in an epidemiological study. *Family Practice* 1993;10:212-8.
14. Essink-Bot ML, Van Royen L, Krabbe P, Bonsel G, Rutten F. The impact of migraine on health status. *Headache* 1995;35:200-6.
15. Larson CO, Hays RD, Nelson EC. Do the pictures influence scores on the Darmouth COOP Charts? *Quality of Life Res* 1992;1:247-9.
16. Kempen GI, Van Sonderen E, Sanderman R. Measuring health status with the Darmouth COOP charts in low-functioning elderly. Do the illustrations affect the outcomes? *Qual Life Res* 1997;6:323-8.
17. Perneger TV, Chamot E, Etter JF, Richard JL, Gallant S, Ricciardi P, et al. Assessment of the COOP charts with and without pictures in a Swiss population. *Qual Life Res* 2000;9:405-14.
18. Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD, Kirk JW, Wasson JH, Keller A, et al. The COOP function chart: a system to measure patient function in physicians' offices. En: Lipkin Jr M, editor. *Functional status measurement in primary care*. New York: Springer-Verlag, 1990; p. 97-131.
19. Lk Lam C, Van Weel C, Lauder I. Can the Darmouth COOP/WONCA charts be used to assess the functional status of chinese patients? *Family Practice* 1994;11:85-94.
20. Van Weel C. Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disability and Rehabilitation* 1993;15:96-101.

21. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A, Richart Martínez M, Cabrero García J. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Supl 3):76-80.
22. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics* 2000;17:13-35.
23. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A, Uris Sellés J, Crespo Tudela MJ. La versión española del cuestionario de salud COOP/WONCA: estudio de validez aparente. *Aten Primaria* 1996; 8(Supl 1):374.
24. Lizán L, Reig A, Ayala MA. La versión española del cuestionario de salud COOP/WONCA: matriz multirrasgo multimétodo. *Aten Primaria* 1997;20:219.
25. Siu AL, Hays RD, Ouslander JG, Osterwell D, Valdez RG, Krynski M, et al. Measuring functioning and health in the very old. *J Gerontol* 1993;1:10-4.
26. Coates AK, Wilkin D. Comparing the Nottingham Health Profile with the Dartmouth COOP Charts. En: Scholten JHG, Van Weel C, editors. Functional status assessment in family practice. The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA. Lelystad: Meditekst, 1992; p. 81-6.
27. Bruusgaard D, Nessioy I, Rutle O, Furuseth K, Natvig B. Measuring functional status in a population survey. The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA used in an epidemiological study. *Family Practice* 1993;10: 212-8.
28. Lk Lam C, Lauder IJ. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life of Chinese patients in primary care. *Family Practice* 2000;17:159-66.
29. Kaplan RM, Alcaraz JE, Anderson JP, Weisman M. Quality-adjusted life years lost to arthritis: effects of gender, race, and social class. *Arthritis Care Res* 1996;9:473-82.
30. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1997;20:562-7.
31. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Perspectiva del paciente en la evaluación de resultados en atención primaria: la medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 1998;4:119-31.
32. Patterson WM. Peak expiratory flow rates and functional status in asthma. En: Scholten JHG, Van Weel C, editors. Functional status assessment in family practice. The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA. Lelystad: Meditekst, 1992; p. 74.
33. Van Weel C, Mattheyen N, Wong Chung D, Revell L, West SR. Change in functional status following an asthma exacerbation. En: Scholten JHG, Van Weel C, editors. Functional status assessment in family practice. The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA. Lelystad: Meditekst, 1992; p. 75.
34. Bruusgaard D, Nessioy I, Rutle O, Furuseth K, Natvig B. Measuring functional status in a population survey. The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA used in an epidemiological study. *Family Practice* 1993;10:212-8.
35. Ferreira PL, Rosete ML. Validation of the pregnancy COOP charts in Portugal. *Qual Life Res* 1995;4:426.
36. Landgraf JM, Nelson EC, and the Dartmouth COOP Primary Care Network. Summary of the WONCA/COOP International Health Assessment Field Trial. *Australian Family Physician* 1992;21:255-69.
37. Kinnersley P, Peters T, Stott N. Measuring functional health status in primary care using the COOP/WONCA charts: acceptability, range of scores, construct validity, reliability and sensitivity to change. *Br J Gen Pract* 1994;44:545-9.
38. Lizán L, Reig A, Bartolomé B, Moro JJ, Sancho A. The Spanish version of the COOP/WONCA charts: self-assessed quality of life in different populations. *Quality of Life Research* 1999; 8:637.
39. García Olmos L, Miranda C, Barrios M, Arias P, Ogando B, Villegas MV. Medición de la capacidad funcional, con las láminas COOP-WONCA, en una población anciana. *Aten Primaria* 1994;13:233-7.
40. Quartero AO, Post MWM, Numans ME, De Melker RA, De Wit NJ. What makes the dyspeptic patient feel ill? A cross sectional survey of functional health status, *Helicobacter pylori* infection, and psychological distress in dyspeptic patients in general practice. *Gut* 1999;45:15-9.
41. Bronfort G, Bouter LM. Responsiveness of general health status in chronic low back pain: a comparison of the COOP charts and the SF-36. *Pain* 1999;83:201-9.
42. Essink-Bot ML, Van Royen L, Krabbe P, Bonsel G, Rutten F. The impact of migraine on health status. *Headache* 1995;35: 200-6.
43. Jenkinson C, Jenkinson D, Shepperd S, Layte R, Petersen S. Evaluation of treatment for congestive heart failure in patients aged 60 years and older using generic measures of health status (SF-36 and COOP charts). *Age and Ageing* 1997;26:7-13.
44. Krousel-Wood MA, Re RN. Health status assessment in a hypertension section of an internal medicine clinic. *Am J Med Sci* 1994;308:211-7.
45. De Grauw WJ, Van de Lisdonk EH, Van Gerwen WH, Van den Hoogen HJ, Van Weel C. Insulin therapy in poorly controlled type 2 diabetic patients: does it affect quality of life? *Br J Gen Pract* 2001;51:527-32.
46. Unal G, De Boer JB, Borsboom GJ, Brouwer JT, Essink-Bot M, Man RA. A psychometric comparison of health-related quality of life measures in chronic liver disease. *J Clin Epidemiol* 2001;54:587-96.
47. Doetch TM, Alger BH, Glasser M, Levenstein J. Detecting depression in elderly outpatients: finding from depression symptom scales and the Dartmouth COOP charts. *Fam Med* 1994;26:519-23.
48. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers G, Lip GYH. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine* 2001;63:221-30.
49. Sneeuw KCA, Aaronson NK, Sprangers MAG, Detmar SB, Wever LDV, Schornagel JH. Evaluating the quality of life of cancer patients: assessments by patients, significant others, physicians and nurses. *Br J Cancer* 1999;81:87-94.
50. Grant C, Goodenough T, Harvey I, Hine C. A randomised controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *BMJ* 2000;320: 419-23.
51. Harvey I, Nelson SJ, Lyons RA, Unwin C, Monaghan S, Ppeters TJ. A randomized controlled trial and economic evaluation of counselling in primary care. *Br J Gen Pract* 1998;48:1043-8.
52. Jenkinson C, Lawrence K, McWhinnie D, Gordon J. Sensitivity to change of health status measures in a randomized controlled trial: comparison of the COOP charts and the SF-36. *Qual Life Res* 1995;4:47-52.
53. Becchi MA, Franzelli A, Moscardelli S, De Pieri P, Zeni L, Pacagnella B. La diagnosi multidimensionale in medicina generale. *Minerva Med* 1994;85:521-9.
54. Holmes AM, Parchman ML, Bang H. Patient preference for health status screening instruments. *Family practice* 1995;12: 88-92.
55. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit* 2000;12:163-7.

Anexo

Forma física

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuál ha sido la máxima actividad física
que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Sentimientos

Durante las 2 últimas semanas...
¿en qué medida le han molestado problemas
emocionales tales como sentimientos de ansiedad,
depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades sociales




Durante las 2 últimas semanas...
¿su salud física y estado emocional han
limitado sus actividades sociales con
familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeradamente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Actividades cotidianas

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánta dificultad ha tenido al realizar
actividades o tareas habituales, tanto dentro
como fuera de casa, a causa de su salud física
o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

**Cambio en el estado
de salud**






¿Cómo calificaría ahora su estado de salud,
en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	↑↑ ++	1
Un poco mejor	↑ +	2
Igual, por el estilo	↔ =	3
Un poco peor	↓ -	4
Mucho peor	↓↓ --	5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Estado de salud






Durante las 2 últimas semanas...
¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995

Dolor

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánto dolor ha experimentado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

Dartmouth Coop Functional Assesment Charts/WONCA
Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995