

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA SALUD DE RESIDENTES DE CASER RESIDENCIAL RUISEÑORES

MÁSTER DE GERONTOLOGÍA SOCIAL

CURSO 2011-2012

ALUMNO: NOEMI SUILS HERRERO

Resumen

Introducción: Las residencias de tercera edad tienen una labor más allá de satisfacer los cuidados físicos de sus residentes, dar calidad de vida a sus residentes. Pero la calidad de vida relacionada con la salud es una valoración subjetiva en la que influyen multitud de factores, por ello también es amplio el número de cuestionarios que intentan medirla. El cuestionario COOP- WONCA es corto y de fácil comprensión por su refuerzo visual.

Objetivo: Valorar la calidad de vida de los residentes de Caser Residencial mediante la aplicación del cuestionario de COOP- WONCA. Determinar la influencia de diferentes variables en la percepción de calidad de vida en relación a la salud de los residentes de larga estancia.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional, trasversal, realizado a los residentes de Caser Residencial Ruiseñores a través del cuestionario de láminas COOP- WONCA que cumplan los requisitos de inclusión.

Discusión: De los residentes participantes son las mujeres las que mejor se encuentran para relacionarse con el resto de personas de su alrededor. Los solteros encuentran menos apoyo social que los casados o viudos. En el total del grupo de participantes se puede concluir que tienen una percepción de calidad de vida relacionada con la salud moderada.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

La calidad de vida de un sujeto o grupo de sujetos conlleva condiciones objetivas y subjetivas. Así por ejemplo si se considera un ingrediente incuestionable de Calidad de Vida el apoyo social, lo podemos pasar a datos objetivos si sabemos el número de relaciones sociales que un determinado sujeto establece en una unidad de tiempo. Pero no menos importante es la satisfacción subjetiva que le producen esas relaciones.

Las condiciones que parecen integrar la calidad de vida son las siguientes: la salud, habilidades funcionales, condiciones económicas, las relaciones sociales, la actividad, la calidad en los servicios sociales y sanitarios, calidad en el propio domicilio y contexto más inmediato, satisfacción con la vida y las oportunidades culturales. (1)

Calidad de vida relacionada con la salud

La salud es considerada uno de los principales valores del ser humano y uno de los determinantes más importantes de la CV, porque a la vez que la propia salud genera cierto nivel de calidad de vida, también repercute en el resto de los determinantes de la misma.

Tal y como presentó la Organización Mundial de la Salud (OMS: 1948) la definición de salud: “estado de completo bienestar físico, mental y social, que no sólo comporta la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición incorpora una interpretación subjetiva a la misma, dándole importancia a los elementos de carácter psicológico y social (afectivos, sanitarios, nutricionales, sociales y culturales) intentando superar la visión biologista de la salud basada en determinantes puramente objetivos.

DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS DE LA CVRS: (2)

Calidad de vida relacionada con la salud física:

Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud desde el punto de vista biológico. Valora aspectos como los diagnósticos clínicos, el dolor, los síntomas o las limitaciones funcionales de carácter físico y cognitivo

Calidad de vida relacionada con la salud social:

Incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.

Calidad de vida relacionada con la salud percibida:

Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.

Calidad de vida relacionada con la salud psicológica.

Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

Estos son los enfoques según Lawton sobre los que se basa el análisis de la calidad de vida en relación con la salud.

La mayoría de los cuestionarios que se utilizan en el ámbito asistencial, especialmente en residencias son los que miden la calidad de vida relacionada con la salud física, probablemente por la relación tan directa que existe entre la pérdida de salud o funciones relacionadas con las actividades de la vida diaria o limitaciones y la percepción de un empeoramiento personal general, lo que conlleva a una pérdida percibida de calidad de vida.

Como vemos la calidad de vida es un complejo concepto multidimensional donde hay distintos indicadores para evaluar: situación familiar, lugar de residencia, distintas edades, distinto género, diferentes posiciones sociales. Para Fernández –Ballesteros durante la vejez la posición social, la edad y el género son circunstancias más importantes que el vivir en el propio domicilio o en una residencia para la mayor parte de las dimensiones de calidad de vida. (1)

La aplicación de herramientas para la valoración de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en las Personas Mayores en especial de aquellos que habitan en centros residenciales, se hace aun mucho mas necesaria, pues su medición puede ser utilizada tanto para la evaluación de sus necesidades personales (nivel de salud, atención a la dependencia, etc.), como para el conocimiento de los niveles de satisfacción con los servicios del centro (personal, recursos y actividades de la residencia).

La falta de consenso sobre los aspectos a medir para analizar la calidad de vida en personas mayores es el mayor problema lo que hace que cada investigador cree bajo su propia perspectiva su estudio con las herramientas que considere mas adecuadas y útiles para su análisis. (3)

Un problema añadido es el propio termino de Calidad de Vida, que las personas mayores relacionan con buena vida donde entran en juego las múltiples dimensiones ya mencionadas y la experiencia vital de cada uno así como la interpretación de sí mismo y de los demás.

Para las personas mayores de 65 años el valor subjetivo mas elevado corresponde a la dimensión relacionada con la salud, seguida por la autonomía personal. En tercer nivel se encuentran las redes de apoyo familiar y social. La dimensión determinante quedó definida en torno a las actividades sociales. Esas valoraciones no tienen diferencias significativas entre hombre y mujeres. (4)

De la mayoría de instrumentos utilizados para la medida de la calidad de vida respecto a la salud se destacan tres elementos (5): 1) la importancia del estado funcional (físico, social y mental) en la multidimensionalidad del concepto; 2) la subjetividad de la aproximación a la medición del estado de salud, y 3) la obtención de un número que represente la preferencia por el estado de salud.

Instrumentos de medición de la Calidad de vida de mayor interés en Gerontología con expresión de su calidad métrica de adaptación y grado de recomendación en España (6)

MEDIDAS GENÉRICAS ADAPTACIÓN	ADAPTACIÓN	RECOMENDACIÓN
EuroQOL 5-D	MB	A
Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad	MB	M
Perfil de salud de Nottingham	MB	A
Cuestionario de Calidad de vida	B	M
Cuestionario de la Evaluación Funcional Multidimensional (OARS)	MB	A
Perfil de Calidad de vida en Enfermos Crónicos (PCALIDAD DE VIDAEC)	B	M
Láminas COOP-WONCA	B	A
Cuestionario de Salud SF-36	MB	A
WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF	R	M
Cuestionario Breve de Calidad de vida (CUBRECAVI)	B	A
Medidas específicas		
Dominio funcionamiento físico		
Índice de Katz	R	M
Medida de Independencia Funcional	R	M
Escala Plutchik de Valoración Geriátrica	B	M
Índice de Actividad de Duke	B	A
Dominio competencia psicológica		
Cuestionario de Salud Goldberg GHQ-12	MB	A
Índice de Bienestar Psicológico	B	A
Dominio competencia social		
Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unk	B	A
Entrevista Manheim de Apoyo Social (EMAS)	B	A

Nota: Grado de adaptación (MB=muy buena; B=buena; R=regular o insatisfactoria). Grado de recomendación (A=alta; M=moderada; B=baja). La referencia original puede consultarse en Reig (2000).

La calidad de vida es un constructor que se puede valorar a lo largo de toda la vida (infancia, adolescencia, juventud,...), su estudio en personas mayores tiene un cierto grado de especialidad relacionado con su experiencia vital y con el contexto demográfico, histórico, político y social en el cual se desarrolla la vejez. (7)

En este periodo cobran especial relevancia los aspectos relacionados con la salud y con las relaciones sociales.(8)

Tanto es así que algunos autores llegan a la conclusión de que el 97% de la calidad de vida de una persona mayor está basada en la independencia física, seguridad económica y sus redes de apoyo.(9)

Contexto

La residencia de tercera edad consiste en un centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o definitivamente personas mayores totalmente válidas o con algún grado de dependencia. La residencia proporciona un hogar alternativo a aquellas personas que, por diferentes motivos, no pueden seguir viviendo en su entorno habitual. En las residencias se proporcionan cuidados socio-sanitarios integrales e interdisciplinares. Los ancianos

atendidos generalmente en estos centros suelen tener importantes problemas de tipo psicofísico o social, como por ejemplo, presentar una discapacidad física y/o mental (demencia) que sobrepase las posibilidades de cuidado por parte de la familia o carecer de ella.

También viven en residencias aquellos ancianos cuya vivienda no brinda las condiciones precisas a sus necesidades y una adaptación o reparación no resolvería el problema y los que carecen de apoyo social suficiente y padecen un grado considerable de aislamiento.

En líneas generales, los objetivos que se persiguen en los centros residenciales son: satisfacer las necesidades elementales, prestar cuidados integrales de larga duración y fomentar el desarrollo personal y la participación, mejorando o facilitando el mantenimiento de la autonomía durante el mayor tiempo posible. Cuando esto no sea posible, suplir al anciano en sus funciones y garantizar el mayor grado posible de comodidad y calidad de vida.

Hoy en día, dada la alta competencia en los centros residenciales privados, es importantísimo mantener una satisfacción plena del usuario y de sus familiares y eso se logra únicamente con la satisfacción del usuario y su percepción de su calidad de vida. Por ello es importante realizar estudios a través de los cuales sepamos ese nivel de calidad de vida.

La situación socioeconómica que vivimos actualmente hace que las personas que ingresan en residencias de tercera edad lleguen cada vez más deteriorados, cuando la situación familiar o los cuidados que requiere el anciano supera a los cuidadores.

Pero para realizar un estudio con los propios residentes es necesario que estos sean conscientes de su situación y tengan unas condiciones cognitivas aptas para que los resultados sean verídicos.

Cuando un residente es ingresado se realizan una serie de test o exámenes físicos para que todos los profesionales del centro residencial tengan los mas datos posibles sobre el residente para poder atenderle según sus necesidades.

El Mini Examen Cognoscitivo (MEC) es un test de rápida y sencilla aplicación, con una puntuación global del deterioro y de fácil interpretación y sobre todo es muy extendido, lo que permite la comunicación entre los profesionales. Eso hace que se aplique en la mayoría de las residencias para obtener una valoración cognitiva (10), Su puntuación es de 0 a 35 obteniendo las diferentes escalas: de 35 a 30 puntos, ausencia de alteración cognitiva; de 25 a 30 puntos, disminución cognitiva muy leve; de 20 a 27 puntos, defecto cognitivo leve; de 13 a 23 puntos, defecto cognitivo moderado; de 10 a 19 puntos, defecto cognitivo moderado-grave; de 0 a 12 puntos, defecto cognitivo grave; de 0 puntos, defecto cognitivo muy grave;

Debido al alto numero de personas con capacidades cognitivas mermadas o con dificultad comunicativa el cuestionario COOP- WONCA al tener un refuerzo visual y constar de tan solo 9 laminas hace que les resulta mas fácil seleccionar la opción con la que se sienten identificados y no reduce su capacidad de atención según avanza el test.

HIPÓTESIS

En una residencia de tercera edad conviven personas de característica muy heterogéneas y todas ellas conviven en un mismo ambiente y posibilidades de actuación ya que se da el mismo cuadro de actividades para todos. Pero la calidad de vida con respecto a la salud es un concepto subjetivo y por tanto las valoraciones de cada uno de ellos variarán.

Nuestra hipótesis es que variables como la edad, el sexo o el estado civil en personas mayores de 60 años que viven en una residencia de tercera edad, influyen en la percepción de Calidad de Vida en Relación con la Salud.

OBJETIVOS

- Conocer la Calidad de Vida en Relación con la Salud que tienen los residentes del centro Residencial Ruiseñores en residentes de larga estancia
- Describir la relación existente entre las variables estudiadas y su Calidad de vida.
- Identificar que variables influyen más negativamente en su percepción de Calidad de Vida en relación con la salud
- Determinar en que medida influyen las salidas fuera del centro para la percepción de Calidad de Vida

MATERIAL Y METODOS

Muestra del estudio

Se ha trabajado con una población de 84 residentes de la Residencia Caser Residencial Ruiseñores de Zaragoza. La selección de los participantes se ha realizado según los siguientes criterios de inclusión:

- Ser residente de Caser Residencial Ruiseñores
- Haber cumplido los 60 años

Y han sido criterios de Exclusión:

- La no aceptación voluntaria del estudio
- Tener una puntuación mínima de 20 puntos en el MEC de Lobo
- Llevar menos de 6 meses residiendo en el centro.

Variables

Variable dependiente: la *calidad de vida relacionada con la salud*. Se la define como la valoración subjetiva que hacen las personas de su propia sensación de confort o bienestar en relación con su estado de salud; la medida en que son capaces de mantener una función física, emocional e intelectual razonable y el grado en que pueden participar en actividades que consideren importantes en el contexto de su familia, lugar de trabajo y en la comunidad.

Variables independientes: edad, sexo y estado civil.

Método

Los datos se han recogido mediante entrevistas personales con el cuestionario Coop-Wonca y un breve cuestionario sociodemográfico.

En varias visitas al centro me reunía uno a uno con los residentes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión y se les explicaba la finalidad del estudio para que entendieran bien cual era la finalidad. Se recogió el consentimiento por escrito de los residentes participantes junto con el permiso de la Dirección del centro.

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal, para medir la CVRS donde los datos se han obtenido a partir de la aplicación del cuestionario COOP-WONCA (11) adaptado al español.

El método consiste en mostrar al residente 9 láminas referidas a distintos aspectos de salud. Cada lámina consta de un título, una pregunta referente al estado del paciente y una escala ordenada de 1 (“ninguna dificultad”) a 5 (“toda la dificultad”) como posibles respuestas. Las posibles respuestas se puntúan de 1 a 5, siendo las puntuaciones mayores las que reflejan una peor salud percibida. Los títulos de las dimensiones son:

- 1.– Forma física,
- 2.– Sentimientos,
- 3.– Actividades cotidianas,
- 4.– Actividades sociales,
- 5.– Cambio en el estado de salud,
- 6.– Estado de salud,
- 7.– Dolor,
- 8.– Apoyo social,
- 9.– Calidad de vida en general.

Además, se acompaña en cada nivel de una viñeta que permite visualizar rápidamente la respuesta, mejorando su comprensión. Mediante una pregunta sencilla se pide al paciente que señale cuál ha sido su situación en relación con la dimensión a medir las últimas 2 semanas. Las puntuaciones más altas indican una situación peor de la capacidad funcional.

El estudio de los resultados se ha realizado a través de análisis descriptivos sacando las medias, la desviación de estándar y porcentajes de los datos obtenidos a través del programa Excel.

RESULTADOS

El estudio se ha realizado sobre 30 residentes de la Residencia Caser Residencial Ruiseñores de Zaragoza.

Los residentes estudiados tienen una media de edad de 88.8 años, (con una desviación estándar de 7.14), siendo mayoritariamente mujeres (93.3%). Es destacable entre

hombres y mujeres la dimensión social, siendo la media de la lámina de actividad social un 3 para los hombres y de un 2.3 para las mujeres. El resto de dimensiones no tienen una diferencia significativa.

Los solteros representan el 26.6% de los residentes estudiados, los casados el 10% y los viudos el 63.3%. Destacar que los casados son los que mejor se encuentran de forma física con una media de 4. Sin embargo en la lámina de sentimientos son los viudos los que señalan la opción de sentirse un poco molestos (con una media de un 2), frente a la media de 3 de solteros y casados. Una diferencia significativa se encuentra en el apoyo social donde los mejores situados son los viudos con una media de 2.63 seguidos por casi una misma valoración por los casados con 2.66 correspondientes a que bastante gente está dispuesta a ayudarles y por último con casi un punto de diferencia los solteros con una valoración de 3.37 equivalente a solo algunas personas.

En la figura 1 se muestran los valores obtenidos para cada una de las 9 láminas del cuestionario. Se destaca que solo el 20 % pueda realizar una actividad física moderada, y ninguno de ellos una actividad intensa o muy intensa, dando una media del 4.1 (DE: 0.7). Tabla 1.

En cuanto a sentimientos ninguno de ellos se ha sentido intensamente molesto por problemas emocionales, y solo al 10% le han molestado bastante. Y uniendo los valores de nada o un poco suman el 56.66%.

En las actividades cotidianas el 60% afirma que le cuesta poco o nada realizar sus actividades habituales.

En actividades sociales el 60% no ha tenido o ha sido ligeramente limitaciones para relacionarse con los demás por culpa de su estado de salud o estado emocional, el 23.3% moderadamente y el 16.6% bastante o muchísimo.

Hay que destacar el dato de que ninguno de ellos ha sufrido un cambio en su estado de salud extremo, ni a mucho mejor ni a mucho peor y que el 60% se encuentra igual en las 2 últimas semanas. Pero cuando hablamos de cómo perciben su estado de salud casi la mitad de ellos, un 46.6% la valora como regular, un 13,3 % como mala, un 26.6% como buena y nadie hace una valoración de excelente.

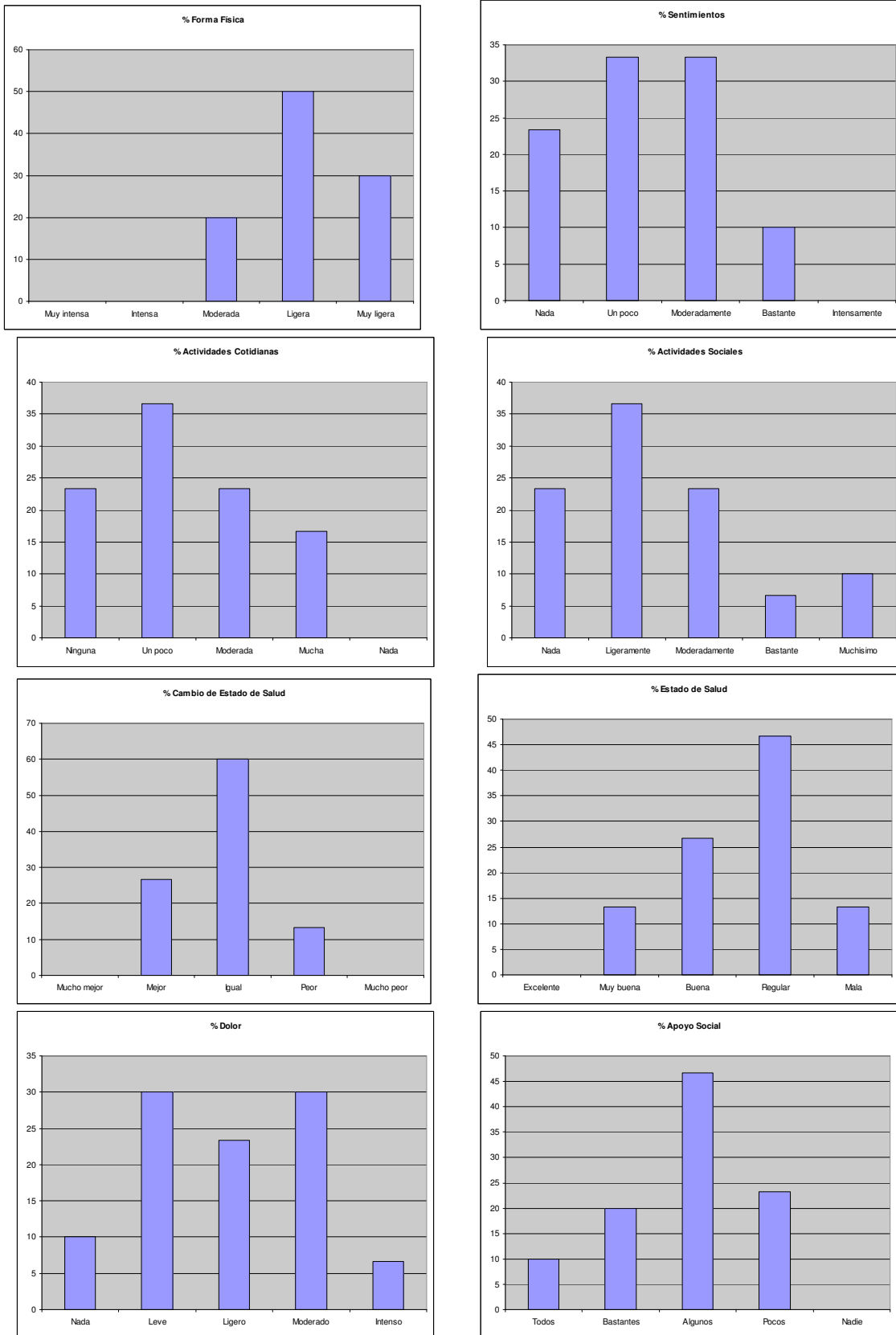
Los resultados de la lámina del dolor nos descubren que el 40% siente un dolor leve o nada. Que el 23.3 % ligero y que el 36.6% un dolor moderado o intenso.

En cuanto al dolor se utilizan todos los valores pero si realizamos la media de todos los residentes rozamos el 3 (el 2.93; DE: 1.14) que es justo valor intermedio de intensidad.

El 46.6% siente que hay algunas personas dispuestas a ayudarle y nadie (0%) se siente solo cuando necesita ayuda.

Como último dato del cuestionario se valora la Calidad de Vida general el 23.3% se encuentra bastante bien, el 20% bastante mal y el 56.6% a veces bien, a veces mal. Con una media del 2.97 (DE; 0.67)

Figura 1: Valores obtenidos para cada una de las 9 láminas del cuestionario



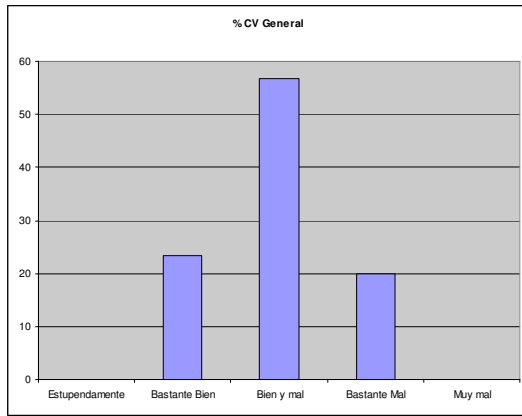


Tabla 1: puntuaciones y puntuación media del cuestionario Coop-Wonca

Láminas Coop-Wonca	Muy buena o buena CVRS 0-2		Regular CVRS 3		Mala o muy mala CVRS 4-5		Puntuación media Media; DE
	Nº resid.	%	Nº resid.	%	Nº resid.	%	
Dimensiones							
Forma física	0	0	6	20	24	30	4,1 (0,71)
W1							
Sentimientos	17	56,67	10	33,33	3	10,00	2,3 (1)
W2							
Actividades cotidianas	18	60,00	7	23,33	5	16,67	2,33 (1,03)
W3							
Actividades Sociales	18	60,00	7	23,33	5	16,67	2,43 (1,22)
W4							
Cambio en el estado de salud	8	26,67	18	60,00	4	13,33	2,87 (0,62)
W5							
Estado de salud	4	13,33	8	26,67	18	60,00	3,6 (0,89)
W6							
Dolor	12	40,00	7	23,33	11	36,67	2,93 (1,44)
w7							
Apoyo social	9	30,00	14	46,67	7	23,33	2,83 (0,91)
W8							
Vida general	7	23,33	17	56,67	6	20,00	2,97 (0,67)
W9							

DISCUSIÓN

Las viñetas COOP-WONCA han sido ampliamente utilizadas en diversos grupos poblacionales: pacientes de atención primaria, sus acompañantes, familiares, cuidadores de enfermos de Alzheimer, mujeres embarazadas y personas adictas a drogas (12). En diferentes estudios las láminas han demostrado tener validez y una moderada sensibilidad al cambio (13).

La medición de la calidad de vida es un salto cualitativo a la hora de evaluar la salud de un residente por lo que se podría valorar la posibilidad de realizar evaluaciones de calidad de vida respecto a la salud a la entrada en el centro y durante su permanencia en el mismo.

En la variable de sexo destacamos como a los hombres les afecta en mayor medida su estado de salud para sentirse integrados en un grupo. En el resto de variables no encontramos una diferencia significativa aunque sería recomendable volver a realizar el estudio con un mayor número de hombres ya que en esta muestra es muy pequeño el porcentaje.

En la variable de estado civil destacar el resultado en la dimensión de apoyo social, donde los casados y viudos encuentran una mayor apoyo social que los solteros debido principalmente al apoyo que reciben de los familiares cercanos como el cónyuge, hijos y nietos.

El hecho de que cada vez más acuden a las residencias personas mayores con capacidades mas mermadas se demuestra en que ninguno de los residentes encuestados pueden realizar una actividad física intensa o muy intensa. O que ninguno de ellos percibe su salud con excelente o estupenda su calidad de vida general como estupenda. En cuanto a los sentimientos se sienten bastante libres de ansiedad, irritabilidad o tristeza que sumado a su percepción de que pueden contar con alguien en momentos de necesidad hacen que tengan un estado anímico y emocional en general bueno. La consecuencia de estos dos baremos se puede deber a la estancia con otros residentes en su misma situación y al apoyo de cuidados asistenciales que reciben de los trabajadores. En cuanto a que la mayoría de los residentes les cueste poco o nada realizar las actividades cotidianas llama la atención por su percepción de salud regular por lo que habría que estudiar mas en profundidad si es porque atribuyen a los demás actividades básicas de su vida diaria que podrían realizar ellos con dificultad pero que al tener a quien atribuírselas no las realizan y no las ven como propias. Si esto fuera así se debería fomentar a pesar de esa dificultad a que las realizaran ellos para que no perdieran mas capacidades o mantuvieran las que no han perdido.

Podemos concluir que los residentes participantes tienen una calidad de vida moderada. Durante la vejez variables como la edad, la posición social y el género son condiciones mas importantes que el vivir en el propio domicilio o en un centro residencial para la mayor parte de las dimensiones de calidad de vida (1).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fernández-Ballesteros, R. Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología* 1997, nº 73, 89-104
- (2) Lawton, M.P. Quality of life and the end of the life. En J.E. Birren y K.W. Schaie (eds.): *handbook of the psychology of aging* (5th Ed.). 2001. San Diego, CA: Academic Press.
- (3) Quintero, G.: Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto O, Vega E. *Temas de Gerontología*. Ciudad de La Habana Editorial Científica técnica. 1996
- (4) Elousa, P; Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2010; 45(2):67–71 <http://www.elsevier.es>
- (5) Babadía, X. :La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. En J. Sacristán, J. Badía y J. Rovira (eds.): *Farmacoeconomía*. Madrid:1995 Editores Médicos
- (6) Yanguas, J.J. (2006): Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Premio IMSERSO “Infanta Cristina” 2004. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Dentro de la colección Estudios; Serie Personas Mayores.
- (7) Fernández-Ballesteros R, Macía A, Zamarron MD. *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales;1996.
- (8) Bowling A, Windsor J. Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*. 2000;2:55–81.
- (9) Cardona D, Estrada A, Agudelo H. *Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 2003.
- (10) Leturia Arrazola, F.J; Yanguas Lezaun, J.J; Uriarte Méndez, A; Arriola Manchola, E. *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Madrid: Cáritas Española, 2001.
- (11) Lizán L, Reig A: Adaptación transcultural de una medida de calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas Coop-Wonca. *Aten Primaria* 24: 75-82, 1999.
- (12) Lizán L, Reig A, Richart M, Cabrero J: Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca. *Med Clin (Barc)* 114 (Supl. 3): 76-80, 2000.
- (13) Lizán L, Reig A: La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas Coop-Wonca. *Aten Primaria* 29 (6): 378-384, 2002.