

Original

# Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadoras del sector pesquero usando el cuestionario SF-36

Beatriz Rodríguez-Romero<sup>a,\*</sup>, Salvador Pita-Fernández<sup>b</sup>, Sonia Pertega Díaz<sup>b</sup> y Marcelo Chouza-Insua<sup>a</sup><sup>a</sup> Departamento de Fisioterapia, Facultad de Fisioterapia, Universidad de A Coruña, A Coruña, España<sup>b</sup> Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 21 de septiembre de 2012

Aceptado el 16 de enero de 2013

On-line el 13 de marzo de 2013

### Palabras clave:

Calidad de vida

Enfermedades musculoesqueléticas

Trabajo

Mujeres

Estado de salud

## R E S U M E N

**Objetivo:** Determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante el cuestionario SF-36 en trabajadoras del sector pesquero, y compararla con valores normalizados de población de referencia y con valores de otras muestras similares que presentan trastornos musculoesqueléticos.

**Método:** Mediante un estudio transversal se midió la CVRS en 917 mariscadoras a pie seleccionadas a partir de la participación voluntaria en un taller de fisioterapia. Se utilizó un cuestionario autoadministrado que incluía variables sociodemográficas, de estilo de vida, de comorbilidad, de prevalencia de dolor musculoesquelético y de CVRS. Para el SF-36 se calcularon puntuaciones crudas, puntuaciones estandarizadas y puntuaciones z.

**Resultados:** La edad media de las participantes es de 50,6 años (desviación estándar: 8,8). En todas las dimensiones del SF-36 la muestra tuvo valores inferiores que la población general de referencia. Las mayores diferencias se observaron en las personas más jóvenes. Las dimensiones más afectadas, superando la diferencia mínimamente importante, fueron dolor corporal, vitalidad y salud general. Su salud física está más afectada que su salud mental.

**Conclusiones:** Se demuestra que este grupo de trabajadoras tiene peor CVRS que la población general y que otras muestras poblacionales, sobre todo en los componentes físicos.

© 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Health-related quality of life in women working in the fishing industry measured through the Short-Form 36 questionnaire

### A B S T R A C T

### Keywords:

Quality of life

Musculoskeletal diseases

Work

Women

Health status

**Objective:** To determine health-related quality of life (HRQoL) measured with the 36-item Short-Form (SF-36) questionnaire in women workers in the fishing industry, compared with norm-based values in the reference population and other similar samples of persons with musculoskeletal disorders.

**Method:** A cross-sectional study was performed to measure HRQoL in 917 shellfish gatherers. Women taking part in a physiotherapy workshop were invited to participate. We used a self-administered questionnaire, including questions on sociodemographic variables, lifestyle, comorbidity, the prevalence of musculoskeletal disorders, and HRQoL. For the SF-36 raw scores, norm-based scores and z-scores were calculated.

**Results:** The mean age of participants was 50.6 years (standard deviation: 8.8). In all dimensions of the SF-36, values in the sample were lower than in the general reference population. The greatest differences were in younger people. The most affected dimensions were bodily pain, vitality and general health. Physical health was more affected than mental health.

**Conclusions:** HRQoL, especially physical components, was worse in women shellfish gatherers than in the general population and other population samples.

© 2012 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un fenómeno cada vez más consolidado en la literatura médica<sup>1-3</sup>. Se define como el grado en que la salud afecta a la funcionalidad de un individuo y a su percepción de bienestar en los dominios físico, mental y social<sup>1</sup>.

Entre las ventajas de medir la CVRS destacan<sup>4-6</sup>: 1) la posibilidad de evaluar a la población general y obtener valores poblacionales de referencia; 2) permite comparar grupos poblacionales o de pacientes con valores de referencia, así como la comparación entre grupos de pacientes con la misma o diferente patología; y 3) contribuye a orientar políticas sanitarias o intervenciones para mejorar la salud de aquellos grupos poblacionales o de pacientes cuya CVRS es más desfavorable.

La CVRS puede medirse con cuestionarios genéricos o específicos. Entre los primeros destaca el *Short-Form Health* (SF-36) por su uso frecuente en todo el mundo, tanto en estudios descriptivos como de evaluación de resultados clínicos<sup>4,7</sup>. Los instrumentos

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: beatriz.romero@udc.es (B. Rodríguez-Romero).

genéricos, como el SF-36, son independientes de la condición clínica subyacente, pueden aplicarse a una amplia variedad de poblaciones o pacientes, y reflejan la salud desde la perspectiva de la persona o paciente<sup>5,6</sup>. El SF-36 es, a su vez, una de las escalas genéricas más recomendadas en los estudios sobre dolor o trastornos musculoesqueléticos<sup>8,9</sup>.

Galicia es la comunidad autónoma española en que el modelo productivo depende en mayor medida de la pesca. Entre las actividades del sector de la pesca se incluye el marisqueo. Para el ejercicio de esta actividad se requiere estar en posesión de un título administrativo habilitante, que implica que ésta es la actividad principal de las personas que lo poseen y que deben cotizar a la Seguridad Social. Aunque en España el porcentaje de mujeres en el sector económico de la pesca es muy bajo, el 85% de las ocupadas en este sector están en Galicia, y de éstas, el porcentaje más alto corresponde a mariscadoras a pie<sup>10</sup>. Apenas hay estudios epidemiológicos relacionados con el estado de salud en este colectivo profesional. Recientemente se ha demostrado<sup>11</sup> que presentan una prevalencia de dolor musculoesquelético muy alta y una importante coexistencia del dolor en diferentes regiones anatómicas; sin embargo, no se ha realizado ningún estudio sobre la CVRS en estas profesionales.

Nuestro objetivo fue determinar la CVRS por medio del cuestionario SF-36 en el colectivo de mariscadoras, compararla con los valores normalizados de la población española y americana de referencia, y con los valores de otras muestras similares que presentan dolor musculoesquelético.

## Métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo. Como ámbito de estudio se consideraron todas las cofradías de pescadores de Galicia (en total 40) que tienen en su seno miembros que desarrollan actividades de marisqueo a pie. Como población de estudio se incluyeron todos los trabajadores que contaban con el permiso correspondiente para el desarrollo de dicha actividad durante los años 2008 y 2009. Este colectivo<sup>12</sup> está constituido por 3970 trabajadores, de los cuales el 93,95% son mujeres. Los datos del estudio se recogieron entre diciembre de 2007 y febrero de 2009.

Se establecieron como criterios de inclusión ser mariscadora a pie de Galicia que de forma voluntaria acude a un taller de fisioterapia preventiva, y obtener el consentimiento informado y aceptado por la mariscadora para participar en el estudio. Estudiamos 917 mujeres, el 24,6% del total de la muestra elegible (3730 mujeres). Este tamaño muestral ha permitido estimar los parámetros de interés con un 95% de seguridad ( $\alpha = 0,05$ ) y un  $\pm 2,8\%$  de precisión.

## Mediciones

El cuaderno de recogida de datos fue entregado a las participantes al finalizar el taller. Aunque era autoadministrado, se rellenaba bajo la supervisión de una fisioterapeuta que explicaba el objetivo del estudio, leía en alto cada una de las preguntas, resolvía las dudas sin influir en las respuestas y revisaba el cuaderno una vez entregado.

Se diseñó un cuestionario ad hoc para recoger información sociodemográfica, sobre factores de estilo de vida, comorbilidad, prevalencia de dolor musculoesquelético y características de éste (localización e intensidad con la Escala Verbal Numérica<sup>13</sup>). A su vez, la CVRS se midió con el cuestionario SF-36<sup>1,6,7</sup>. Hemos utilizado, previa autorización, la versión española actualmente recomendada, la versión 2, y a su vez la versión estándar que registra el estado de salud de las cuatro últimas semanas<sup>6,14,15</sup>. Contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), percepción de salud

general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Para el cálculo de las puntuaciones, los ítems de cada una de las ocho dimensiones se codifican, agregan y transforman en una escala de 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) a 100 (el mejor estado de salud). Esta puntuación se conoce como puntuación cruda. Para su interpretación, los resultados se comparan con valores poblacionales de referencia (normas poblacionales de referencia), lo que permite identificar las desviaciones en las puntuaciones de los individuos de la muestra en relación a las esperadas para su grupo de edad y sexo. El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global, pero permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión: componente sumario físico (CSF) y componente sumario mental (CSM).

Para facilitar la interpretación de los resultados se obtuvieron, además, puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales, de modo que 50 (desviación estándar [DE] de 10) es la media de la población general. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

Las propiedades psicométricas del cuestionario SF-36 han sido ampliamente estudiadas<sup>1,7,15</sup> y ha demostrado ser fiable, válido y sensible, tanto en su versión original como en la española, y tanto en población general como en pacientes con diferentes afecciones.

## Análisis estadístico

Se describieron todas las variables incluidas en el estudio. Las variables continuas se expresaron como media  $\pm$  DE. Las variables categóricas se expresaron como valor absoluto y porcentaje con la estimación de su intervalo de confianza del 95%. Se comprobó la normalidad de los datos con el test de Kolmogorov-Smirnov. Una de las limitaciones del cuestionario es que actualmente no disponemos de normas españolas poblacionales para la versión 2 del SF-36. Sin embargo, Vilagut et al.<sup>7,15</sup> afirman que, teniendo en cuenta las ventajas que supone la versión 2 respecto a la versión 1, y la similitud entre las dos versiones americanas para puntuaciones medias en la población general, resulta razonable asumir que las obtenidas en la población española con la versión 1 son el mejor estimador de que disponemos. Para su análisis hemos seguido a su vez las recomendaciones del Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), de Barcelona: a) utilizar las normas poblacionales españolas<sup>14</sup> de la versión 1 para interpretar la versión 2 de todas las puntuaciones del cuestionario excepto las dos escalas de rol (físico y emocional), y b) utilizar los pesos y las normas americanas<sup>1</sup> para el cálculo de las dos dimensiones de rol y para los dos componentes sumario.

Primero se calculó la puntuación cruda (de 0 a 100) para las ocho dimensiones del SF-36 de la muestra estudiada. Estos valores se compararon con la puntuación cruda de la población general de referencia, esto es, con población española<sup>14</sup> para seis dimensiones y con población americana<sup>1</sup> para los dos roles. Esta comparación se repitió ajustando por franjas de edad.

En segundo lugar, para evaluar la significancia clínica de la afectación de la CVRS en la población estudiada, se obtuvieron además las puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales (*norm-based scores*), para las ocho dimensiones y los dos componentes sumario del SF-36. La estandarización de las puntuaciones se realizó calculando la diferencia entre la puntuación cruda de cada mariscadora y la puntuación media poblacional en mujeres, dividida por la DE poblacional correspondiente (puntuaciones z). Las puntuaciones z así obtenidas indican las unidades de DE que la puntuación de calidad de vida de una persona se aleja de la media poblacional. Estas puntuaciones z luego fueron reescaladas a una distribución con media de 50 y desviación típica de 10, para obtener las puntuaciones estandarizadas.

Para estimar la magnitud del efecto, Norman et al.<sup>16</sup> consideran una diferencia mínimamente importante, con un tamaño de efecto moderado, si la diferencia entre la puntuación estandarizada de calidad de vida de una persona y la media poblacional supera el valor de 5 puntos (puntuación  $z \geq 0,5$  DE). Esta diferencia mínimamente importante significa que hay un cambio clínico real percibido por la persona más allá de la significancia estadística. Esta forma de presentar los resultados facilita la comparación directa del grado de afectación entre las ocho dimensiones y los dos sumarios, en unidades de DE equivalentes.

### Aspectos ético-legales

El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (código 2008/367).

## Resultados

### Características generales de la muestra

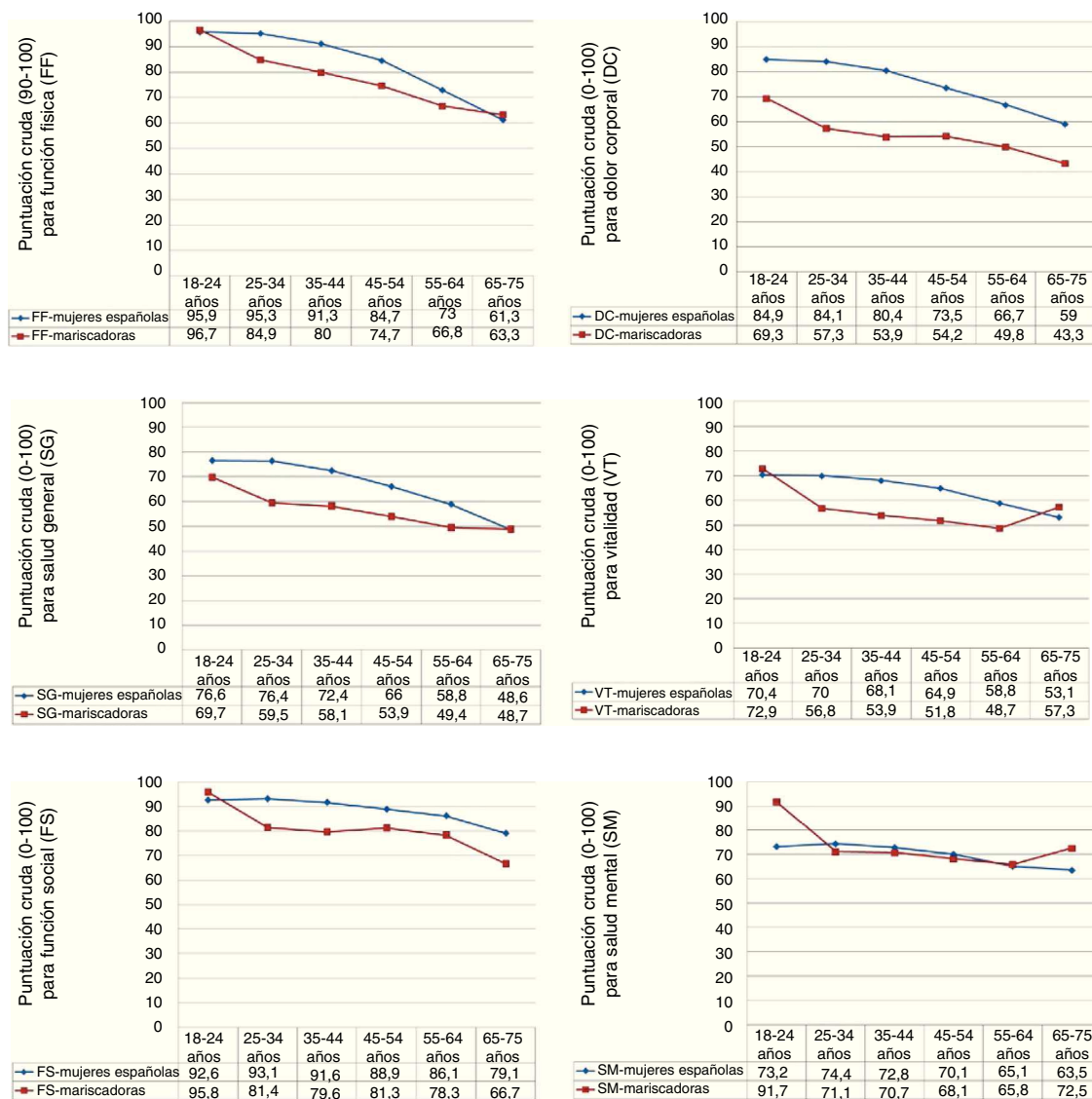
Las trabajadoras analizadas tenían una edad media de 50,6 años (DE: 8,8), con una mediana de 52 años y un intervalo de 18-69 años.

Los grupos de edad más frecuentes fueron los de 55-64 años (39,4%) y 45-54 años (35,4%). Las participantes han trabajado como mariscadoras una media de 21,8 años. En relación a los factores de estilo de vida estudiados, el 17,3% eran fumadoras y el 45,3% realizaban actividad física de forma regular. En cuanto a comorbilidad, referida por la presencia autodeclarada de varias enfermedades o trastornos, las más frecuentes fueron los trastornos reumáticos (17,2%) y el síndrome depresivo (16,1%). El 66,5% de la muestra refirió dolor musculoesquelético el día de la entrevista, con una media de intensidad del dolor de 6,1 puntos. Los dolores cervical (70,9%), lumbar (65,5%) y en los hombros (45,8%) fueron los más frecuentes. Por regiones anatómicas agrupadas, la localización más habitual del dolor fue la región cervical-dorsal-hombros, que refirieron el 82,4% del total de las mujeres.

### Puntuaciones de la calidad de vida

Los resultados en cuanto a la CVRS se presentan según los diferentes análisis realizados, esto es, según puntuación cruda, puntuación estandarizada y puntuación  $z$ .

En la [tabla 1](#) se recoge la puntuación cruda (de 0 a 100) como media ( $\pm$  DE) para cada dimensión. La muestra presenta valores



**Figura 1.** Media de la puntuación cruda (de 0 a 100) de seis dimensiones del SF-36 en el grupo de mariscadoras y en población general de referencia (mujeres) según franjas de edad.

**Tabla 1**

Comparación de la puntuación cruda (de 0-100) de las mariscadoras con las normas poblacionales de referencia

Dimensiones del SF-36	n	Valores crudos (0-100) Media ± DE	Valores poblacionales de referencia <sup>1,14</sup> Media ± DE	Diferencia de medias	p
Función física (FF)	913	73,0 ± 20,9	81,5 ± 25,7	-8,5	≤ 0,001
Rol físico (RF)	912	67,7 ± 25,0	80,9 ± 34,0	-13,2	≤ 0,001
Dolor corporal (DC)	914	52,5 ± 24,9	74,4 ± 29,7	-21,9	≤ 0,001
Salud general (SG)	914	53,2 ± 19,4	65,9 ± 22,8	-12,7	≤ 0,001
Vitalidad (VT)	914	51,3 ± 20,4	63,6 ± 22,6	-12,3	≤ 0,001
Función social (FS)	915	79,8 ± 22,8	87,9 ± 21,7	-8,1	≤ 0,001
Rol emocional (RE)	913	83,0 ± 21,8	81,3 ± 33,0	1,7	0,019
Salud mental (SM)	914	68,0 ± 21,0	70,1 ± 20,9	-2,1	0,004

DE: desviación estándar.

Se compara la puntuación de la muestra con normas poblacionales de referencia españolas para mujeres<sup>14</sup> para seis dimensiones (FF, DC, SG, VT, FS y SM) del SF-36.Se comparan las puntuaciones de las dos escalas de rol (físico y mental) con la puntuación de la población general de referencia americana<sup>1</sup>, por no disponer de la puntuación para mujeres por separado.

significativamente inferiores (entre  $p \leq 0,001$  y  $p = 0,004$ ) a los de la población de referencia en las dimensiones FF, RF, DC, SG, VT, FS y SM.

La comparación de la puntuación cruda con los valores poblacionales de referencia para mujeres, ajustando por grupos de

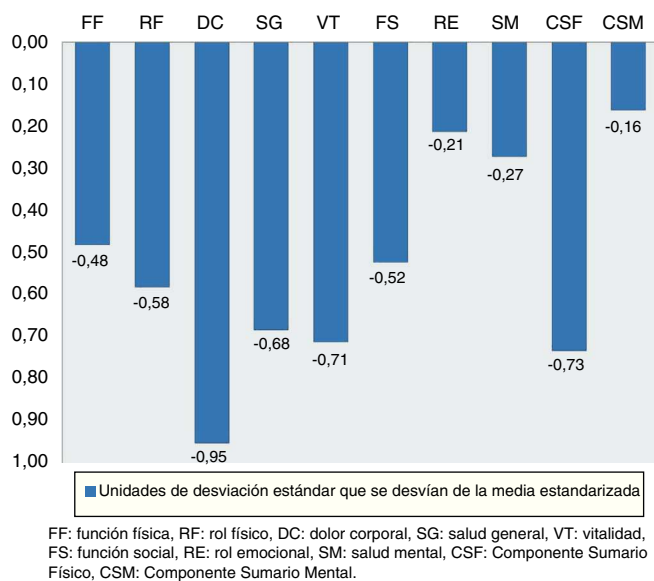
edad, se detalla en la tabla 2 y en la figura 1. Observamos que la puntuación de las mariscadoras es menor que la puntuación de las mujeres españolas en cinco de las dimensiones (FF, DC, SG, VT y FS) para las franjas de edad entre 25 y 64 años. Únicamente para la dimensión SM la muestra no presenta diferencias

**Tabla 2**

Comparación de la puntuación cruda (de 0-100) de las mariscadoras con las normas poblacionales de referencia para mujeres según franjas de edad

Dimensiones del SF-36	n	Valores crudos (0-100) Media ± DE	Valores poblacionales de referencia Media ± DE	Diferencia de medias	Puntuaciones z	p
<i>Función física (FF)</i>						
18-24 años	3	96,7 ± 2,9	95,9 ± 12,4	0,8	0,65	0,91
25-34 años	35	84,9 ± 18,0	95,3 ± 11,9	-10,4	-8,74	≤ 0,001
35-44 años	186	80,0 ± 18,1	91,3 ± 16,4	-11,3	-6,89	≤ 0,001
45-54 años	324	74,7 ± 20,1	84,7 ± 20,2	-10,0	-4,95	≤ 0,001
55-64 años	357	66,8 ± 21,3	73,0 ± 25,0	-6,2	-2,48	≤ 0,001
65-75 años	6	63,3 ± 15,4	61,3 ± 27,3	2,0	-0,73	0,8576
<i>Dolor corporal (DC)</i>						
18-24 años	3	69,3 ± 16,2	84,9 ± 22,0	-15,6	-7,09	0,2194
25-34 años	35	57,3 ± 26,7	84,1 ± 24,2	-26,8	-11,07	≤ 0,001
35-44 años	186	53,9 ± 26,1	80,4 ± 26,2	-26,5	-10,11	≤ 0,001
45-54 años	324	54,2 ± 23,8	73,5 ± 30,5	-19,3	-6,33	≤ 0,001
55-64 años	358	49,8 ± 25,0	66,7 ± 30,8	-16,9	-5,49	≤ 0,001
65-75 años	6	43,3 ± 7,6	59,0 ± 31,7	-15,7	-4,95	0,0749
<i>Salud general (SG)</i>						
18-24 años	3	69,7 ± 21,9	76,6 ± 17,2	-6,9	-4,01	0,487
25-34 años	35	59,5 ± 22,24	76,4 ± 16,3	-16,9	-10,37	≤ 0,001
35-44 años	186	58,1 ± 18,18	72,4 ± 18,4	-14,3	-7,77	≤ 0,000
45-54 años	324	53,9 ± 20,0	66,0 ± 22,3	-12,1	-5,43	≤ 0,001
55-64 años	358	49,4 ± 18,6	58,8 ± 22,0	-9,4	-4,27	≤ 0,001
65-75 años	6	48,7 ± 18,6	48,6 ± 22,9	0,1	0,04	0,991
<i>Vitalidad (VT)</i>						
18-24 años	3	72,9 ± 9,5	70,4 ± 19,1	2,5	1,31	0,820
25-34 años	35	56,8 ± 19,2	70,0 ± 18,8	-13,2	-7,02	≤ 0,001
35-44 años	186	53,9 ± 19,5	68,1 ± 21,4	-14,2	-6,64	≤ 0,001
45-54 años	324	51,8 ± 20,0	64,9 ± 22,4	-13,1	-5,85	≤ 0,001
55-64 años	358	48,7 ± 21,1	58,8 ± 23,1	-10,1	-4,37	≤ 0,001
65-75 años	6	57,3 ± 19,5	53,1 ± 22,8	4,2	1,84	0,6519
<i>Función social (FS)</i>						
18-24 años	3	95,8 ± 7,2	92,6 ± 15,8	3,2	2,03	0,725
25-34 años	35	81,4 ± 21,7	93,1 ± 16,2	-11,7	-7,22	≤ 0,001
35-44 años	186	79,6 ± 21,2	91,6 ± 17,7	-12,0	-6,78	≤ 0,001
45-54 años	324	81,3 ± 21,6	88,9 ± 21,7	-7,6	-3,50	≤ 0,001
55-64 años	359	78,3 ± 24,6	86,1 ± 23,1	-7,8	-3,38	≤ 0,001
65-75 años	6	66,7 ± 30,3	79,1 ± 26,6	-12,4	-4,66	0,2537
<i>Salud mental (SM)</i>						
18-24 años	3	91,7 ± 7,6	73,2 ± 19,3	18,5	9,59	0,0969
25-34 años	35	71,1 ± 20,7	74,4 ± 18,7	-3,3	-1,76	0,2975
35-44 años	186	70,7 ± 20,3	72,8 ± 20,2	-2,1	-1,04	0,1601
45-54 años	324	68,1 ± 20,7	70,1 ± 21,4	-2,0	-0,93	0,0975
55-64 años	358	65,8 ± 21,6	65,1 ± 21,9	0,7	0,32	0,5521
65-75 años	6	72,5 ± 14,4	63,5 ± 21,7	9,0	4,15	0,3097

Se compara la puntuación de la muestra con normas poblacionales de referencia españolas para mujeres<sup>14</sup> según grupos de edad para seis dimensiones del SF-36. No se comparan las puntuaciones de las dos escalas de rol (físico y mental) con la puntuación de referencia americana<sup>1</sup> por no disponer de la puntuación para mujeres por grupos de edad.



**Figura 2.** Representación de las puntuaciones z para las ocho dimensiones y los dos componentes sumario del SF-36.

significativas con las mujeres españolas en ninguno de los grupos de edad.

En la **tabla 3** se presentan las puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales ( $50 \pm 10$ ) para las ocho dimensiones y los dos componentes sumario. Este cálculo permite afirmar que la muestra presenta una puntuación significativamente inferior a las normas poblacionales en todas las dimensiones y en los dos componentes sumario. Las dimensiones que presentan una mayor afectación son DC, VT y SG, y las menos afectadas son RE y SM.

Las puntuaciones z, esto es, los valores del SF-36 en unidades de desviación estándar (1 DE, 0,5 DE, etc.), que se alejan de la media poblacional estandarizada (50) se representan en la **figura 2**. En general se observa que las dimensiones más afectadas se relacionan con la salud física, dando como resultado que el CSF se desvíe 0,73 unidades, y que las menos afectadas están relacionadas con la salud mental, lo que hace que el CSM sólo se desvíe 0,16 unidades. Así, las dimensiones que presentan una diferencia mínimamente importante son RF, DC, SG, VT y FS, y el CSF.

## Discusión

Los resultados de este estudio presentan, por primera vez, valores de CVRS de un colectivo de trabajadoras del sector pesquero. De estas trabajadoras, a pesar de tener un régimen especial de la Seguridad Social por las circunstancias más duras en que realizan su trabajo, no se dispone de estudios específicos sobre su CVRS.

El hecho de haber utilizado diferentes estrategias de análisis de los resultados del SF-36 ha permitido establecer un mayor número de comparaciones, tanto con valores poblacionales<sup>1,14</sup> como con los de otros estudios<sup>17-24</sup> que presentan los valores del SF-36 de una u otra forma (como puntuación cruda, puntuación estandarizada o puntuaciones z). En el primer caso, la comparación con los valores poblacionales de referencia para mujeres<sup>14</sup> puso de manifiesto que las mariscadoras tienen peor CVRS en todas las dimensiones. Este hallazgo concuerda con lo hallado en la literatura<sup>20,25,26</sup> y con los propios valores de la población general (española<sup>14</sup> y americana<sup>1</sup>) para el cuestionario SF-36, que reflejan que las mujeres tienen peor CVRS que los hombres.

A su vez, la comparación con otras muestras poblacionales similares que presentan dolor o trastornos musculoesqueléticos mostró

que las mariscadoras tienen peor CVRS que la observada en la mayoría de los estudios revisados<sup>17-24</sup> (al menos en cinco o seis de las dimensiones del SF-36), aunque esta comparación requiere precaución porque se trata de muestras muy heterogéneas.

En relación a la edad, este estudio ha demostrado que las mariscadoras tienen peor CVRS que las mujeres españolas en todas las dimensiones (a excepción de la salud mental) en las franjas de edad de los 25 a los 64 años. Por otra parte, la CVRS de las mariscadoras disminuye con la edad, hallazgo igualmente concordante con la literatura<sup>14,25,26</sup>. No obstante, hemos observado que las mayores diferencias se encuentran en la franja de edad de 25-44 años, y que, por el contrario, la CVRS de las mariscadoras en los grupos de mayor edad está más próxima a la de la población general.

La salud física (CSF) está claramente más afectada que la mental (CSM), hallazgo que de nuevo coincide con la literatura<sup>17-24</sup>. En las cuatro dimensiones que más contribuyen a determinar la salud física (FF, RF, DC y SG), las mariscadoras presentan puntuaciones que se desvían de la media poblacional estandarizada entre 0,48 y 0,95 puntos, esto es, valores muy próximos o superiores a la diferencia mínimamente importante descrita por Norman et al.<sup>16</sup>, lo que demuestra que en tales dimensiones hay un cambio clínico real percibido por la persona. Destacamos el hecho de que la dimensión DC ocupe el primer puesto de afectación en este grupo de trabajadoras, a diferencia de otros estudios<sup>26,27</sup> que encuentran que las dimensiones más afectadas están relacionadas con la funcionalidad.

La salud mental (CSM) muestra unos valores muy próximos a los de la población general de referencia. No obstante, de las cuatro dimensiones que más contribuyen a determinar la salud mental (VT, FS, RE y SM), hemos observado que la VT se encuentra entre las más afectadas, pues la puntuación en esta dimensión se desvía de la media poblacional estandarizada en 0,7 puntos. Es posible que la carga física del trabajo como mariscadora, junto con la carga de las actividades domésticas, que asumen el 99% de las mariscadoras<sup>28</sup>, puedan haber influido en una puntuación más baja en preguntas relacionadas con el cansancio, el agotamiento o la sensación de energía.

A modo de resumen, el análisis de los datos indicó que: 1) la muestra tuvo, en todas las dimensiones del SF-36, valores inferiores a los de la población general de referencia; 2) las mayores diferencias con respecto a la población de referencia se observaron en las personas más jóvenes; 3) las dimensiones más afectadas fueron DC, VT y SG, que presentan valores que superan la diferencia mínimamente importante con respecto a la media poblacional; y 4) la salud física de la muestra está más afectada que la salud mental.

Conviene mencionar algunas limitaciones de nuestro trabajo. En primer lugar, como las participantes fueron voluntarias puede haber un sesgo de selección que haya influido en los resultados. La calidad de los datos se basa en el supuesto de que la voluntad para participar no está relacionada con el estado de salud u otras variables de interés incluidas en el estudio. Sin embargo, el sesgo de las no participantes puede haber sobrestimado (debido a una mayor participación de personas con dolor y a que la captación se realizó en un taller de fisioterapia preventiva) o infraestimado (por el efecto del *voluntario sano*) la puntuación de la CVRS. Algunos autores<sup>29</sup> encuentran que las personas con dolor o con peor salud pueden estar más motivadas para participar en este tipo de estudios. Por otra parte, el hecho de que la gran mayoría de estas mujeres compaginen el marisqueo con el trabajo doméstico<sup>28</sup> pudo favorecer que participasen las que se hallaban con menor número de ocupaciones y más tiempo libre para participar. Cabe señalar, no obstante, que las características sociodemográficas de las no participantes son similares a las de la muestra en cuanto a sexo y edad, por lo que cabría esperar que la comorbilidad de los grupos fuese comparable. En segundo lugar, es preciso señalar que, aunque actualmente no se dispone de normas españolas poblacionales para la versión 2 del SF-36, hemos seguido las

**Tabla 3**Puntuación estandarizada ( $50 \pm 10$ ) con las normas poblacionales para las ocho dimensiones y los dos componentes sumarios del SF-36

Dimensiones del SF-36	n	Media $\pm$ DE	Mínimo- máximo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
Función física (FF)	913	45,13 $\pm$ 8,70 <sup>a</sup>	16,8-56,4	39,7	46,0	52,2
Rol físico (RF)	912	44,20 $\pm$ 9,78 <sup>a</sup>	17,7-56,9	37,3	44,6	51,9
Dolor corporal (DC)	914	40,50 $\pm$ 8,91 <sup>a</sup>	21,7-57,3	33,2	40,0	47,5
Salud general (SG)	914	43,24 $\pm$ 8,72 <sup>a</sup>	21,6-64,2	37,3	42,7	49,4
Vitalidad (VT)	914	42,93 $\pm$ 9,22 <sup>a</sup>	19,7-65,0	36,7	42,4	48,0
Función social (FS)	915	44,85 $\pm$ 11,41 <sup>a</sup>	5,0-55,0	36,2	48,7	54,9
Rol emocional (RE)	913	47,92 $\pm$ 10,16 <sup>a</sup>	9,2-55,9	40,3	55,9	55,9
Salud mental (SM)	914	47,35 $\pm$ 10,45 <sup>a</sup>	13,5-63,3	40,9	48,4	55,8
Componente sumario físico (CSF)	912	42,69 $\pm$ 9,17 <sup>a</sup>	14,4-64,2	36,5	42,9	49,4
Componente sumario mental (CSM)	912	48,44 $\pm$ 10,93 <sup>a</sup>	1,9-70,6	41,6	50,7	56,6

Se compara la puntuación de la muestra con normas poblacionales españolas<sup>14</sup> de la versión 1 del SF-36 para seis dimensiones y con las normas poblacionales americanas<sup>1</sup> de la versión 2 del SF-36 para las dos dimensiones de rol y los dos componentes sumario.

<sup>a</sup>  $p \leq 0,001$ .

recomendaciones de Vilagut et al.<sup>7,15</sup> y del IMIM para realizar el análisis estadístico del SF-36, si bien la puntuación cruda de los dos roles según franjas de edad (tabla 2) no pudo compararse con la puntuación de referencia americana por no disponer de ella. Para controlar los sesgos de confusión hemos estudiado a su vez la comorbilidad que puede influir en la CVRS.

La CVRS está considerablemente alterada en este grupo de trabajadoras, sobre todo en las dimensiones relacionadas con la salud física, con valores que reflejan cambios clínicos reales. Las personas más jóvenes manifestaron una peor CVRS. Es necesario profundizar en la investigación para identificar las variables que predicen el deterioro de la calidad de vida en estas trabajadoras.

#### ¿Qué se sabe sobre el tema?

La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud es uno de los indicadores más importantes para identificar el bienestar físico, mental y social de la población. Existen normas poblacionales españolas de referencia para el cuestionario SF-36, pero no hay datos específicos sobre el estado de salud de las trabajadoras del sector primario.

#### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Este estudio contribuye a determinar los valores de las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de trabajadoras. El estudio aporta resultados de la versión 2 del cuestionario SF-36 para mujeres, según grupos de edad y según diferentes estrategias de análisis, que pueden ser útiles para la comparación con otros grupos ocupacionales y para plantear intervenciones que mejoren el estado de salud de estas personas.

#### Contribuciones de autoría

Todos los autores participaron en la concepción y el diseño del trabajo, la adquisición de los datos y su análisis e interpretación. La redacción del trabajo se debe a B. Rodríguez-Romero. Todos los autores participaron en la revisión crítica del artículo, aportaron importantes contribuciones y aprobaron la versión final para su publicación.

#### Financiación

Los talleres de fisioterapia preventiva, que fueron el punto de partida para la recogida de los datos de este estudio, fueron financiados por la Consellería de Pesca e Asuntos Marítimos – Dirección Xeral de Innovación e Desenvolvemento de la Xunta de Galicia.

#### Conflictos de intereses

Ninguno.

#### Agradecimientos

Queremos dar las gracias a la Xunta de Galicia (Consellería de Pesca y Asuntos Marítimos y Consellería de Traballo), a las Agrupaciones de Mariscadoras de Galicia y a la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de A Coruña, por apoyar e impulsar este estudio. Queremos agradecer asimismo a D. Lino Lema la puesta en marcha del proyecto *Protexe o teu corpo, o teu útil de traballo. Prevención no marisqueo dos problemas músculo-esqueléticos*, que sirvió de base para la recogida de los datos de este estudio, y a todos los Agentes de Extensión Pesquera por su colaboración en la organización de los talleres de fisioterapia preventiva. Expresar por último nuestro más sincero agradecimiento a todas las mariscadoras que participaron voluntariamente en este estudio.

#### Bibliografía

- Ware Jr JE. SF-36 health survey update. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25:3130-9.
- Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:56-60.
- Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit*. 2000;14:163-7.
- Vetter TR. A primer on health-related quality of life in chronic pain medicine. *Anesth Analg*. 2007;104:703-18.
- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118:622-9.
- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6.
- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19:135-50.
- Beaton DE, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Evaluating changes in health status: reliability and responsiveness of five generic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *J Clin Epidemiol*. 1997;50:79-93.
- Bombardier C. Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorders: summary and general recommendations. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25:3100-3.
- Encuesta de Población Activa [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. 2008. Activos por sexo y rama de actividad: valores absolutos y porcentajes respecto del total de cada sexo. (Consultado el 27/11/2012.) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=03&type=db&divi=EPA&idtab=81>
- Rodríguez-Romero B, Pita-Fernández S, Raposo-Vidal I, et al. Prevalence, co-occurrence, and predictive factors for musculoskeletal pain among shellfish gatherers. *Clin Rheumatol*. 2012;31:283-92.
- Pesca de Galicia [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Medio Rural e do Mar; 2010-2012. Permisos de marisqueo a pé. 2011. (Consultado el 27/11/2012.) Disponible en: <http://www.pescadegalicia.com/PMP/indice.html>
- Von Korff M, Jensen MP, Karoly P. Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25:3140-51.
- Alonso J, Regidor E, Barrio G, et al. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:410-6.

15. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, et al. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:726–35.
16. Norman GR, Sloan JA, Wyrwich KW. Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation. *Med Care*. 2003;41:582–92.
17. Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, et al. The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract*. 2001;18:292–9.
18. Picavet HS, Hoeymans N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann Rheum Dis*. 2004;63:723–9.
19. Bergman S, Jacobsson LT, Herrström P, et al. Health status as measured by SF-36 reflects changes and predicts outcome in chronic musculoskeletal pain: a 3-year follow up study in the general population. *Pain*. 2004;108:115–23.
20. Bingefors K, Isacson D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain – a gender perspective. *Eur J Pain*. 2004;8:435–50.
21. Horváth G, Than P, Bellyei A, et al. Prevalence of degenerative joint complaints of the lower extremity: a representative study. *Int Orthop*. 2006;30:118–22.
22. van der Windt DA, Dunn KM, Spies-Dorgelo MN, et al. Impact of physical symptoms on perceived health in the community. *J Psychosom Res*. 2008;64:265–74.
23. Huisstede BM, Wijnhoven HA, Bierma-Zeinstra SM, et al. Prevalence and characteristics of complaints of the arm, neck, and/or shoulder (CANS) in the open population. *Clin J Pain*. 2008;24:253–9.
24. Silva AA, Souza JM, Borges FN, et al. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev Saude Publica*. 2010;44:718–25.
25. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol*. 2000;53:895–907.
26. Salaffi F, De Angelis R, Stancati A, et al. MArche Pain, Prevalence Investigation Group (MAPPING) study. Health-related quality of life in multiple musculoskeletal conditions: a cross-sectional population based epidemiological study. II. The MAPPING study. *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23:829–39.
27. Saastamoinen P, Leino-Arjas P, Laaksonen M, et al. Pain and health related functioning among employees. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:793–8.
28. Gago Conde C, coord. *La mujer en el mundo de la pesca*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2004.
29. Picavet HS, Hazes JM. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:644–50.