

ORIGINALES

Aplicabilidad del SF-36 en el campo de la clínica forense

Ana Hidalgo^a, Judith Navarro^b, Javier Michelena^b, Rafael Teijeira^c y María Segui-Gómez^b

^aServicio de Clínica Forense. Instituto Navarro de Medicina Legal. Pamplona. Navarra. España.

^bDepartamento Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

^cInstituto Navarro de Medicina Legal. Pamplona. Navarra. España.

Recibido el 26 de mayo de 2008, aceptado el 15 de septiembre de 2008

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida.
SF-36. Clínica forense.
Accidentes.
Secuelas.
Discapacidad.

Resumen

Objetivos: Nos proponemos estudiar la utilidad del SF-36 en la clínica forense como prueba complementaria objetiva para la valoración del daño corporal.

Pacientes y método: Hemos realizado un estudio prospectivo sobre una muestra de 113 pacientes. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 11.0.

Resultados: Nuestros pacientes reportan mejor salud previa a la lesión que la norma poblacional para su edad y sexo. Tras el incidente se aprecia una pérdida de salud en todas las dimensiones, que se recupera parcialmente al alta, sin llegar al nivel de salud previo ni a la norma poblacional esperada. Esta recuperación es estadísticamente significativa tanto entre los lesionados en accidentes de tráfico como en agredidos y en todas las dimensiones, salvo en rol emocional en ambos y en rol físico en los agredidos.

Conclusiones: La alta participación y la valoración positiva de los encuestados corroboran la facilidad de uso del cuestionario. La obtención de la repercusión funcional de las secuelas se constituye como elemento objetivo en la valoración del daño corporal.

© 2008 Asociación Nacional de Médicos Forenses.

KEY WORDS

Quality of life.
SF-36. Forensic clinic.
Accidents.
After effects.
Disability.

Usefulness of the SF-36 scale in forensic medicine

Abstract

Objectives: To study the usefulness of SF-36 in the forensic clinic as an objective complementary test for the assessment of body injuries.

Patients and method: A prospective study was carried out on a sample of 113 patients. The analyses were performed using the SPSS statistics package Version 11.0.

Results: Our patients were in better health before the injury than the normal population for their age and sex. A loss of health in all the dimensions was seen after the incident, which partially recovered on discharge, but did not reach the previous health level nor that expected in the normal population. This recovery is statistically significant between traffic injuries and in assaults and in all dimensions, except the emotional role in both and in the physical role in assaults.

Conclusions: The high participation and positive evaluation of the surveys corroborate the ease of use of this questionnaire. The obtaining of the functional impact of the after effects is an objective element in the assessment of body injuries.

© 2008 Asociación Nacional de Médicos Forenses.

el significado de las puntuaciones altas y bajas, en función de la respuesta a los diferentes ítems de las escalas del cuestionario. Se ha traducido y validado a 40 idiomas, incluido el español¹¹. Dispone, además, de normas poblacionales de referencia para todos los países en los que se aplica^{12,13}. Sus buenas propiedades psicométricas, fiabilidad, validez y sensibilidad¹⁴⁻¹⁶, junto con todo lo dicho, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial tanto en investigación como en la práctica clínica.

Dado el gran potencial del SF-36, el objetivo de este estudio es investigar su aplicabilidad en valoración del daño corporal como prueba complementaria en la medicina forense.

Métodos

Hemos realizado un estudio prospectivo sobre una muestra de 119 lesionados asignados al azar a uno de los forenses que suscribe este trabajo durante el semestre comprendido entre el 1 de diciembre de 2003 y el 31 de mayo de 2004.

A todos ellos se les ofreció participar voluntariamente en el estudio, lo cual suponía responder al Cuestionario de Salud SF-36 versión española 1 (SF-36v1)¹⁷. En la primera visita, el sujeto recibía dos encuestas: en la primera se valoraba cuál era su estado 6 semanas antes del incidente y el segundo hacía referencia al estado actual del lesionado. En el resto de las visitas el cuestionario entregado era el correspondiente al estado actual.

En los supuestos de lesiones de escasa entidad, el lesionado sólo es visitado por el médico forense en una ocasión, por lo que estos pacientes contestaron sólo a dos SF-36: el de salud previa y el de alta. En los sucesos más graves que implican un control evolutivo de las lesiones hasta su curación o estabilización, se aplicaron tantos SF-36 como visitas realizadas y se consideró el último como el SF-36 de alta.

Los cuestionarios correspondientes a salud previa a la primera visita y al alta fueron aplicados personalmente por uno de los médicos forenses que firma este estudio. Los cuestionarios pertenecientes a las visitas de continuidad eran rellenados por los propios pacientes en la sala de espera tras la visita.

Asimismo, debían dejar constancia de las preguntas que habían supuesto una mayor dificultad y de los asuntos que, siendo importantes en su opinión, no habían sido planteados en los cuestionarios.

Se extrajo de la literatura la norma poblacional española del SF-36, para poder comparar dicha norma con el estado de salud de nuestros pacientes a lo largo de su evolución tras ajustar por edad y sexo¹².

Además del SF-36, otras variables recogidas para este análisis fueron: la edad, el sexo, la profesión, el motivo del reconocimiento, la valoración médico-legal de las lesiones, el periodo de curación, el periodo de incapacidad laboral, el periodo de hospitalización, las secuelas, los antecedentes patológicos y si el esguince cervical estaba entre las lesiones sufridas o no.

Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico SPSS versión 11.0. La significación estadística de las diferencias entre los valores medidos para cada dimensión del SF-36 se analizó mediante la prueba de la t de Student para muestras independientes o apareadas, según el caso, cuando se comparaba dos grupos, y mediante ANOVA para muestras independientes o apareadas, cuando se comparaba más de dos grupos. En este caso los análisis post hoc fueron realizados utilizando el método de penalización de Bonferroni¹⁸ y se consideraron estadísticamente significativos si $p < 0,001$. Las diferencias se consideraron clínicamente significativas cuando conllevan una variación ≥ 3 puntos en la escala SF-36.

Resultados

De las 119 personas que pudieron participar en el estudio, sólo 6 (5%) rechazaron hacerlo, con lo cual se recogieron datos de 113 pacientes. Las características sociodemográficas de estos individuos, así como el tipo de incidente que originó las lesiones, se encuentran en la tabla 2. Los que no accedieron a participar eran más jóvenes, estaban desempleados y presentaban antecedentes patológicos.

Entre los pacientes que sí aceptaron participar en el estudio, la media de edad fue 33,4 (4-91) años. Sólo 9 pacientes eran menores de 18 años. La mayoría de los pacientes eran varones (63,7%), realizaban un trabajo remunerado en el momento del suceso (67,3%) y carecían de antecedentes patológicos de interés (86,7%). Respecto al motivo de reconocimiento, el 65,5% de los reconocimientos se debieron a accidentes de tráfico (conductores, ocupantes de vehículo y peatones), mientras que las agresiones motivaron un

Tabla 2. Características de los sujetos participantes

	Negaron participar, n (%)	Aceptaron participar, n (%)
Total	6 (100)	113 (100)
Sexo		
Varones	3 (50)	72 (63,7)
Mujeres	3 (50)	41 (36,3)
Edad		
< 27 años	0	35 (31)
27-< 36	0	41 (36,3)
≥ 36	6 (100)	37 (32,7)
Estado profesional		
Trabajo retribuido	1 (16,6)	76 (67,3)
No retribuido	0	24 (21,2)
En paro	5 (83,3)	13 (11,5)
Antecedentes patológicos		
Sí	6 (100)	14 (12,4)
No	0	98 (86,7)
Motivo reconocimiento		
Tráfico	5 (83,3)	60 (53,1)
Atropello	0	14 (12,4)
Agresión	1 (16,6)	37 (32,7)
Otros	0	2 (1,8)

Introducción

En España, los médicos forenses desempeñan funciones de asistencia técnica a los órganos judiciales en las materias propias de su disciplina profesional. Entre sus labores, destacan por su magnitud el control periódico de los lesionados y la valoración de los daños corporales derivados de sus lesiones¹. Por esta razón, examinan a los sujetos que han sufrido violencia física o psicológica por agresión o accidentes (de tráfico, laborales y casuales), siempre que sean objeto de actuaciones procesales en los tribunales.

En todos estos casos se valoran, entre otros, la reducción definitiva del potencial físico y/o psíquico médicamente constatable o explicable, junto con los dolores y las repercusiones psíquicas y en la vida diaria, normalmente asociados a dichos estados residuales, lo que se denomina secuelas². Esta valoración es un elemento básico que el juzgador maneja para la repercusión jurídica de aquéllas y se traduce, en la mayoría de las ocasiones, en una indemnización económica.

Para la valoración de las secuelas, disponemos de una herramienta de obligada aplicación en los casos de accidentes de tráfico. Es el Baremo de Indemnización de Secuelas Definitivas de la Ley 30/95 de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados³, modificada para su adaptación a la normativa comunitaria por la Ley 34/03, de los Seguros Privados⁴. El Baremo también se aplica con frecuencia, por similitud y por no disponerse de ningún otro sistema normalizado, al caso de las agresiones, los accidentes laborales y los casuales. El Baremo de 1995 se presentó como un instrumento de unifica-

ción y armonización de una situación de caos indemnizatorio por secuelas^{5,6}. Sin embargo, su uso durante la última década pone en evidencia, entre otras cosas, su falta de fundamento científico y de validez en el sistema de asignación, tanto de los estados clínicos con categoría de secuelas como en la gravedad de éstas. Con el sistema actual no sólo se perpetúa una gran disparidad en los niveles de indemnización en función del médico forense que realice el peritaje^{7,8}, sino que tampoco se alcanza la tan deseada y necesitada armonización internacional en los criterios de evaluación⁹.

Muchos médicos forenses intentan suplir las deficiencias del Baremo con criterios como que la inclusión o exclusión de las secuelas y su graduación se basen en la repercusión funcional de las lesiones residuales en la vida diaria de la víctima. Éstos no dejan de ser criterios subjetivos.

Otros profesionales sanitarios que necesitan medir el estado de salud de sus pacientes utilizan, desde hace ya varios años, numerosas escalas creadas con este fin; tal vez la más conocida y extensamente usada sea el SF-36¹⁰. El SF-36 evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en pacientes individuales, según lo documentado en más de 6.000 publicaciones identificadas en PubMed con la palabra clave «SF-36» (consulta hecha en agosto de 2008). Es una escala genérica, compuesta por 36 ítems que valoran tanto los estados positivos como los negativos de salud y resumen el estado de salud en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El período recordatorio estándar del cuestionario es de 4 semanas. En la tabla 1 se recoge

Tabla 1. Contenido de las escalas de SF-36

Dimensión	N.º de ítems	Peor puntuación	Mejor puntuación
Función física	10	Muy limitado para realizar cualquier actividad física, incluido bañarse o ducharse (origen físico)	Puede realizar todo tipo de actividades físicas, incluidas las más vigorosas, sin limitaciones
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias (origen físico)	Ausencia de problemas con el trabajo u otras actividades físicas diarias (origen físico)
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor. Sin repercusión
Salud general	5	Considera mala la propia salud y cree imposible que empeore	Considera su propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto continuamente	Se siente muy dinámico y enérgico continuamente
Función social	2	Su salud física o emocional no le permite, con gran frecuencia, relacionarse socialmente	Su salud física o emocional le permite relacionarse socialmente de un modo normal
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias (origen emocional)	Ausencia de problemas con el trabajo u otras actividades físicas diarias (origen emocional).
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión continuamente	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma continuamente
Ítem de transición de salud	1	Considera su salud mucho peor ahora que hace 1 año	Considera su salud general mucho mejor ahora que hace 1 año
Total 8	36	0	100

Tabla 4. Valores de las dimensiones del SF-36 en la primera y la última visita y la significación estadística de la comparación (p). n = 41 pacientes que precisaron más de una visita

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud Mental
Tráfico y atropellos (n = 34)								
Primera	51,4	1,5	17,2	30,3	28,8	23,2	78,4	37
Última	80,3	30,2	58,4	53,8	48,1	64	85,3	59,2
p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,256	< 0,001
Agresiones (n = 7)								
Primera	75,8	16,7	42,7	34,5	34,2	45,8	83,3	40
Última	94,2	66,7	77,3	60,8	53,3	83,3	83,3	58,7
p	0,043	0,076	0,044	0,001	0,007	0,017	1	0,008
Tráfico o agresión (n = 41)								
Primera, p	0,068	0,048	0,008	0,668	0,288	0,007	0,788	0,557
Última, p	0,117	0,074	0,083	0,52	0,383	0,059	0,904	0,940
Varones (n = 25)								
Primera	57,3	8	29,1	31,8	30,8	30,5	78,7	40,2
Última	79,8	40	63,9	54,1	50,6	70	84	60
p	< 0,001	0,002	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,461	< 0,001
Mujeres (n = 16)								
Primera	54,4	3,1	13,4	33,1	29,7	25	81,3	35,4
Última	87,4	32,8	59,4	58,7	46,9	64,1	87,5	58,5
p	0,001	0,013	< 0,001	< 0,001	0,001	< 0,001	0,333	< 0,001
Varones frente a mujeres (n = 41)								
Primera, p	0,772	0,513	0,05	0,857	0,777	0,453	0,843	0,236
Última, p	0,236	0,637	0,587	0,569	0,389	0,438	0,764	0,759
Edad < 27 años (n = 6)								
Primera	29,5	0	16	25,8	26,7	12,5	83,3	38,7
Última	82,5	45,8	75	48,5	59,2	70,8	83,3	67,3
p	0,006	0,079	0,002	0,014	0,011	0,001	1	0,001
Edad 27-35 años (n = 20)								
Primera	63	12,5	31,5	37,9	34,3	34,4	73,3	40,4
Última	84,4	32,5	61,5	61,8	47,8	67,5	85	58,4
p	< 0,001	0,019	< 0,001	< 0,001	0,001	< 0,001	0,260	< 0,001
Edad ≥ 36 años (n = 15)								
Primera	57,7	0	14,5	27,5	26,7	26,7	86,7	35,7
Última	80,7	40	57,9	50,9	47	66,7	86,7	57,6
p	0,004	0,009	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	1	< 0,001
< 27 frente a 27-35 años (n = 26)								
Primera, p	0,057	0,725	0,544	0,811	0,519	0,112	1	1
Última, p	1	1	0,767	0,769	0,198	1	1	0,627
< 27 frente a ≥ 36 años (n = 21)								
Primera, p	0,163	1	1	1	1	0,559	1	1
Última, p	1	1	0,498	1	0,178	1	1	0,562
27-35 frente a ≥ 36 años (n = 35)								
Primera, p	1	0,340	0,145	0,587	0,198	0,921	1	0,773
Última, p	1	1	0,622	1	1	1	1	1

mientras que en el momento del alta no se recupera ni el nivel de salud referido como existente antes de la lesión por estos pacientes ni el de la norma poblacional correspondiente.

La tabla 4 recoge tanto los valores del SF-36 como su significación estadística para los 41 pacientes que precisaron más de una visita. Evaluando a estos pacientes según su mecanismo lesional (tráfico o agresión), sexo y terciles de

edad, se observa en todos los casos una ganancia de salud estadísticamente significativa entre la primera visita y el alta en todas las dimensiones salvo en rol emocional. No se encontraron valores estadísticamente significativos por sexo o edad.

Respecto a las dificultades asociadas con el hecho de responder el cuestionario, detectamos cierta resistencia de los pacientes a contestar preguntas relativas a los estados de

Tabla 3. Consecuencias de las lesiones en los pacientes (n = 113)

	n	Porcentaje
Secuelas		
No	39	34,5
Sí	74	65,5
Edad (años)		
1-25	64	86,5
26-50	7	9,5
51-75	1	1
≥ 76	2	3
Calificación jurídica de las lesiones		
Primera asistencia facultativa	30	26,6
Tratamiento médico	60	53,1
Tratamiento quirúrgico	22	19,5
Período de hospitalización		
Sin hospitalización	88	77,9
En hospital	25	22,1
< 1 día	7	28
1-< 3 días	5	20
3-< 3,5 días	7	28
≥ 3,5 días	6	24
Estancia (días), media ± DE: 2,6 ± 9,2		
Período de incapacidad laboral		
< 5 días	27	23,9
5-< 30 días	30	26,5
30-< 120,5 días	28	24,8
≥ 120,5 días	28	24,8
Media ± DE: 103,5 ± 162,7		
Período de curación		
< 10 días	30	26,5
10-< 70 días	27	23,9
70-< 173,5 días	28	24,8
≥ 173,5 días	28	24,8
Media ± DE: 129 ± 185,3		

32,7% de las consultas; 72 (63,7%) pacientes acudieron a la consulta en una única ocasión; 14 (12,4%) acudieron dos veces y 27 (23,9%) lo hicieron en tres o más ocasiones, hasta un máximo de siete visitas.

La tabla 3 resume las consecuencias de las lesiones de estos individuos según parámetros médico-legales utilizados en el campo de la valoración del daño corporal. Así, al alta, el 65,5% de los sujetos reportaban secuelas. Teniendo en cuenta las puntuaciones dadas a cada uno de los reconocidos por parte del médico forense que realizó la valoración médico-legal de las secuelas en aplicación del Baremo de secuelas de la Ley 34/03, cabe mencionar que el 50% de los reconocidos obtenía una puntuación > 16,5 y el otro 50%, una puntuación < 16,5.

Respecto a los datos obtenidos al completar los cuestionarios SF-36, la figura 1 resume los principales hallazgos de las dimensiones del SF-36 en 113 lesionados en función del tiempo transcurrido (antes de la lesión, durante la primera visita y al alta médico-forense) y su relación con la norma poblacional española. En el eje de las abscisas están representadas las ocho dimensiones que caracterizan esta escala: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. La figura presenta 4 perfiles de salud, correspondientes a la norma poblacional ajustada por edad y sexo comparable a la de la muestra de estudio, el estado referido por los pacientes antes de sufrir la lesión, en el momento en que fueron a la primera visita con el forense y en el momento del alta del forense. Como se puede apreciar, entre la primera y la última visita hay mejoría en el estado de salud declarado,

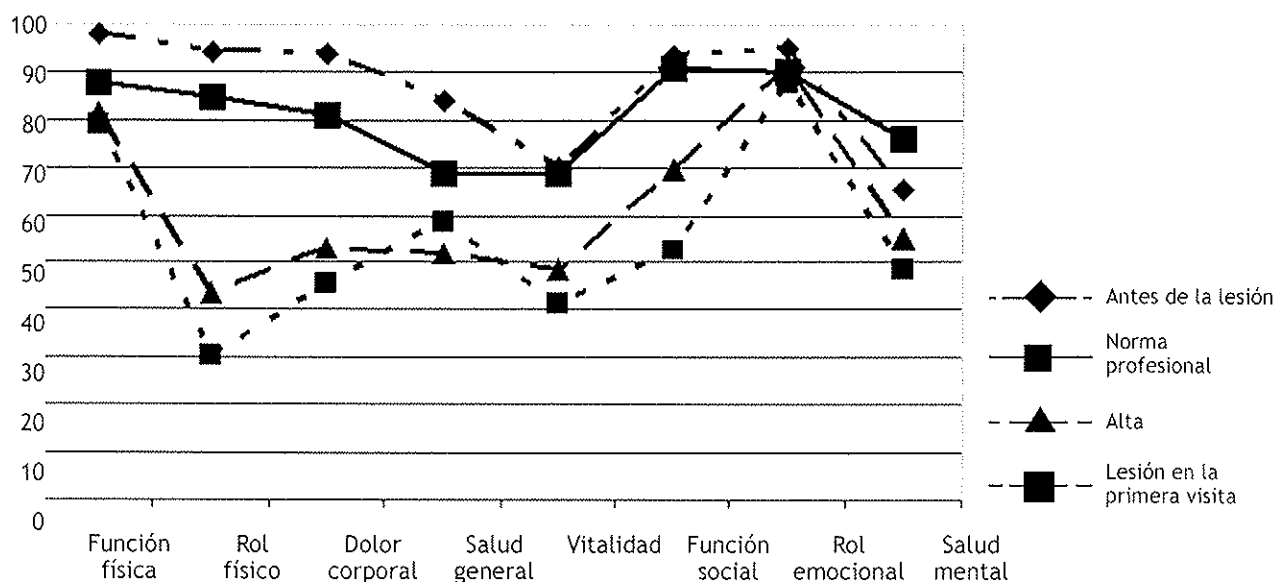


Figura 1. Dimensiones del SF-36 en 113 lesionados en función del tiempo transcurrido. Se ha utilizado como norma poblacional para edad y sexo la española.

15. Wolinsky FD, Stump TE. A measurement model of the Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey in a clinical sample of disadvantaged, older, black and white men and women. *Med Care*. 1996;34:537-48.
16. Beaton DE, Bombardier C, Hogg-Johnson S. Choose your tool: a comparison of the psychometric properties of five generic health status instruments in workers with soft tissue injuries. *Qual Life Res*. 1994;3:50-6.
17. Cuestionarios de calidad de vida. Biblioteca Virtual de Instrumentos de Resultados Percibidos por los Pacientes (BiblioPRO). Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM) [citado 29 Ago 2008]. Disponible en: http://www.imim.es/ofertadeserveis/es_qqv.html
18. Martínez González MA, Yanguas Barea N. Comparación de más de dos medias: análisis de la varianza (ANOVA). En: Martínez González MA, editor. *Bioestadística amigable*. Madrid: Díaz de Santos; 2001. p. 290-341.
19. Da Silva Lima AF, Fleck M, Pechansky F, De Boni R, Sukop P. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Qual Life Res*. 2005;14:473-8.
20. Andersen M, Paliwoda J, Kaczynski R, Schoener E, Harris C, Madaja C, et al. Integrating medical and substance abuse treatment for addicts living with HIV/AIDS: evidence-based nursing practice model. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003;29:847-59.
21. Hagedorn H, Willenbring M. Psychiatric illness among drug court probationers. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003;29:775-88.

humor, por considerarlas muy personales, así como dificultad para distinguir qué limitaciones se debían a su mala salud física y cuáles a la psicológica.

Los reconocidos hicieron escasos comentarios respecto a las posibles carencias del instrumento y tan sólo comentaron la falta de apreciación del perjuicio estético y la falta de especificidad de la encuesta para los menores.

Discusión

Se ha constatado la facilidad en el uso de estos cuestionarios de salud, la alta participación y la valoración positiva de la experiencia lo corroboran. Con tan sólo 10 min de exploración, son muchos los datos obtenidos aplicables a la valoración del daño corporal.

La información obtenida del uso de SF-36 ofrece varios aspectos interesantes. Pese al relativamente pequeño tamaño de la muestra, las diferencias con el paso del tiempo de seguimiento y entre subgrupos de pacientes son suficientemente grandes para alcanzar significación clínica y estadística. Las diferencias en el patrón de estado de salud previo de los pacientes, según edad y sexo y mecanismo lesional, parece concordar con lo que uno esperaría de dichas poblaciones. La mayoría de los pacientes del estudio eran más activos que la media poblacional, tanto por edad (el 67,3% eran menores de 36 años), sexo (el 63,7% eran varones), como por su situación laboral (activa en el 67,3%) y ausencia de enfermedad previa (86,7%). Es esperable que la población más activa sea la que más se vea implicada en accidentes de tráfico y agresiones. En el momento del alta, los pacientes están significativamente mejor que en la primera visita, con una variedad interesante respecto a los cambios observados según dimensión, lo cual es esperable. Sin embargo, no alcanzan la norma poblacional ajustada por su edad y sexo correspondiente a la población española, lo cual nos hace pensar bien en discapacidades e insuficiencias residuales, bien en simulación en un intento de obtener una mayor indemnización. Los pacientes dicen tener estados de salud mejores que su norma poblacional correspondiente antes del incidente, lo que puede ser un signo de simulación, dado el ámbito judicial en el que nos movemos. Pese a ello, lo importante no es destacar el estado de salud que declararon tener antes del accidente, sino su evolución hasta el alta. La determinación de la importancia que este comportamiento distorsionador ha llegado a tener forma parte de un estudio posterior consistente en comparar las deficiencias residuales según el SF-36 con las secuelas asignadas por el médico forense aplicando el Baremo de Secuelas de la Ley 34/03.

Los únicos artículos que relacionan la medicina legal con el SF-36 hasta la fecha guardan relación con estudios de pacientes con dependencias del alcohol y las drogas y no hay en ellos ninguna referencia a la valoración del daño corporal o lesiones¹⁹⁻²¹. Consideramos, por lo tanto, que la aplicación del SF-36 en la valoración del daño corporal en la clínica fo-

rense aporta un elemento objetivo basado en la repercusión funcional de las secuelas, que debería ser el criterio fundamental a la hora de determinar la cuantía indemnizatoria, por lo que estamos más cerca de una herramienta común de valoración del daño corporal sustitutiva del actual Baremo de Secuelas.

Agradecimientos

Estamos agradecidos a todos los participantes en este estudio, especialmente a Monserrat Ruiz y Stephen Markey por su colaboración en la preparación de este manuscrito.

Bibliografía

- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 296/1996, de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. BOE núm. 53 de 1/3/1996.
- Vicente E. Los daños corporales: tipología y valoración. Barcelona: Bosch; 1994.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 30/1995 de 8 de noviembre de ordenación y supervisión de seguros privados. BOE núm. 268 de 9/11/1995.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 34/2003 de 4 de noviembre de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. BOE núm. 265 de 5/11/2003.
- Garamendi PM. Reflexiones sobre la Ley 34/03 (3). Valoración de los capítulos relativos al raquis, extremidades superiores e inferiores. *Cuad Med For.* 2004;38:5-20.
- Portero G. Valoración de la tabla psiquiátrica. Comentarios y críticas a la Ley 34/2003. En: Jornada sobre Baremo de daños corporales. Nueva tabla VI [citado 19 Oct 2005]. Bilbao: enero de 2004. Disponible en: <http://www.justizia.net/ivml>
- Garamendi PM. Cambios realizados en la tabla VI de la ley 30/95 por la ley 34/03. Extremidades superiores e inferiores. Jornada sobre Baremo de daños corporales. Nueva tabla VI [citado 19 Oct 2005]. Bilbao: enero 2004. Disponible en: <http://www.justizia.net/ivml>
- Garamendi PM. Reflexiones sobre la Ley 34/03 (1). Consideraciones generales sobre las tablas de indemnización de daños personales. *Cuad Med For.* 2004;36:19-28.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework item selection. *Med Care.* 1992;30:473-83.
- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005; 19:135-50.
- Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente de Hoz L. Valores poblacionales de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc).* 1998;111:410-6.
- Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patients assessed health outcome measures. *BMJ.* 2002;324:1417.
- 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.
- McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care.* 1994;32:40-66.