

Calidad de vida de un grupo de médicos de familia españoles

Se plantea un estudio de corte descriptivo que sirva de primera aproximación a la evaluación de la calidad de vida de los médicos de familia españoles.

Fue evaluada la calidad de vida, mediante encuesta autocumplimentada, a 212 voluntarios médicos.

El cuestionario utilizado para medir calidad de vida fue la versión española del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC).

Se calcularon las puntuaciones finales de calidad de vida de los encuestados ($n=212$) y se compararon con las de 1.178 personas de 12-95 años investigadas previamente con el mismo cuestionario. Las puntuaciones de los médicos fueron más altas que las de la población general. Los médicos reportaron puntuaciones más altas que las médicas en todas las escalas. La consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, resultó satisfactoria. Los valores oscilan entre 0,70 y 0,87, con un promedio de 0,80.

La aplicación del PECVEC aportó resultados satisfactorios en términos de validez y fiabilidad en su aplicación autoadministrada a un grupo de 212 médicos de familia.

J. A. Fernández-López*, V. Gil Guillén**,
I. Rancaño García*, A. Gómez de la Cámara***
y R. Hernández-Mejía*

* Área de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.

** Departamento de Medicina. Facultad de Medicina.
Universidad Miguel Hernández. Alicante.

*** Unidad de Investigación. Epidemiología Clínica.
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una novedosa tecnología comunicativa que toma en cuenta el punto de vista del paciente permitiéndole participar en el proceso terapéutico. Por esto, nada más y nada menos, la CVRS es más que una nueva tecnología, lleva en su interior implícita una nueva concepción filosófica de la forma en que ha de practicarse la medicina¹. *«El punto de vista individual me parece el único punto de vista desde el cual puede mirarse el mundo en su verdad. Otra cosa es un artificio... Cada individuo es un órgano de percepción distinto de todos los demás y llega a trozos de universo para los otros inasequibles. La realidad, pues, se ofrece en perspectivas individuales. Lo que para uno está en último plano, se halla para otro en primer término...»*, decía Ortega y Gasset².

Conforme los avances científico-técnicos van resolviendo prodigiosamente los problemas orgánicos del hombre se van mostrando, por contra, cada vez menos capaces de decir nada claro sobre los problemas más entrañablemente humanos. Por ello se hizo cada vez más urgente escuchar a los pacientes afectados acerca de los resultados de las medidas terapéuticas y que sus opiniones influyeran en una ponderación del coste y del beneficio de las decisiones médicas.

Es la CVRS un intento de humanización de la medicina. No es una casualidad que los países más industrializados y tecnificados (EE.UU., Alemania, Inglaterra), y con más clara conciencia de las limitaciones de todo lo subsecuente a la «verdad científica», sean los pioneros en esta nueva tecnología de comunicación en la medicina humana. Así, este tipo de mediciones ha experimentado un importante incremento en la última década y su incorporación ha sido propuesta, de manera rutinaria, en la clínica práctica y en los estudios epidemiológicos. Pero una cuantificación de la calidad de vida no sólo es deseable para el objetivo médico de la toma de decisiones en su trabajo clínico relacionado con los pacientes, sino que es insustituible si se desea investigar las ventajas e inconvenientes de las nuevas terapias y/o tecnologías. De este modo se ha convertido en una eficaz manera de evaluar los servicios sanitarios y optimizar los

recursos, al tiempo que ofrece al paciente la oportunidad de reforzar su papel en la relación médico-paciente aportando sus percepciones (medicina centrada en el paciente)^{3,4}.

Recientemente se ha añadido un nuevo enfoque a la «clásica» utilización de las medidas de CVRS como paradigma de *outcomes*. Constituye ello lo que podemos denominar paradigma *predictor*: una calidad de vida mejorada influye favorablemente en la evolución de la enfermedad⁵. Se comprende el entusiasmo con el que están siendo aplicadas las mediciones y las medidas de fomento de la calidad de vida en países del norte como Canadá, EE.UU. o Alemania.

En nuestro país existen diversos instrumentos genéricos que evalúan la calidad de vida de diferente forma. A excepción de uno⁶, los demás son adaptaciones de herramientas extranjeras —en distinto grado de desarrollo— diseñadas en las pasadas décadas en base a constructos teóricos esencialmente físico-psicológicos y con escasa o nula representación de lo social. En general, los instrumentos de medida son criticados por los clínicos por sus sistemas de puntuación farragosos y de difícil interpretación y comparación. Esto los hace poco aptos para un uso fuera de los propios a estudios de investigación, aun cuando se recomiende su utilización en la clínica práctica. Para medir adecuadamente la calidad de vida se precisa un método que sea fácilmente comprensible y aplicable en el contexto de la clínica diaria. Un método de medida tal fue desarrollado en Alemania a principio de los noventa y se denomina Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)^{3,7}. En su sólida aproximación conceptual se define la CVRS —también llamada «salud subjetiva»—, como una característica resumida de aspectos concretos, explicados con detalle más adelante, del bienestar y la capacidad de actuación de las personas que padecen una limitación de salud o una enfermedad crónica. Y como una vida es lo que es para quien la vive y no para quien, desde fuera de ella, la contempla, el bienestar y capacidad de actuación son fenómenos, ante todo, *valorables por el propio enfermo*. Naturalmente hay excepciones, como en el caso de la psiquiatría gerontológica o de los enfermos graves.

Es importante recordar que la referencia subjetiva, en general, define el contenido de realidad de las mediciones de la calidad de vida. Lo que alguien quiere o lo que alguien siente es la afirmación de la realidad invulnerable de lo subjetivo.

Este supuesto tiene importantes consecuencias para el proceso de investigación: las experiencias y pensamientos individuales son comunicables al exterior y nuestro objetivo es hacerlas comparables con las experiencias, el pensar y el sentir de otras personas enfermas o limitadas de forma parecida. Sólo de este modo, a través de la comparación es posible la *medición*. Es comprensible que este intento de medición haya encontrado, hasta

ahora, una resistencia casi visceral hacia la investigación clínica de la calidad de vida. Sin embargo, quizá se pueda decir que el registro de la salud subjetiva, fundado u orientado estadísticamente, representa, empíricamente hablando, el mejor punto de encuentro, hasta el momento, entre la singularidad de cada enfermo —que tiene que ser tomada en serio— y la necesaria abstracción y tipificación inherentes a toda evaluación médica en el diagnóstico y el tratamiento³.

Ahora bien, un instrumento de medida de la CVRS no sólo ha de poder usarse en población enferma: su constructo debe permitir, asimismo, la evaluación de población general y debe cumplir elevadas exigencias de validez, fiabilidad y capacidad de respuesta al cambio^{8,9}. Nuestro grupo lleva años desarrollando mediciones de CVRS, tanto en la clínica práctica como en el contexto de diferentes estudios epidemiológicos, con el objetivo de validar en nuestra cultura el instrumento europeo —con la doble orientación de uso— más novedoso en este campo de la evaluación de la salud^{10,11}.

Basándonos en nuestra experiencia y en la necesidad de facilitar la incorporación de las medidas de CVRS a la práctica diaria hemos desarrollado, como complemento al cuestionario, un sencillo programa informático que calcula e interpreta las puntuaciones obtenidas con el PECVEC. Para presentar este desarrollo a la comunidad médica española hemos dispuesto en el Palacio de Congresos de Valencia —sede del XVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria— un espacio físico para efectuar mediciones de calidad de vida a los asistentes al Congreso con tres objetivos esenciales:

- 1) Dar a conocer a la comunidad médica de Atención Primaria, por su enorme peso en la asistencia sanitaria española, el instrumento de medida con el que nosotros tenemos experiencia. Se presenta, en su versión española, con un manual de uso que facilita la interpretación de resultados y un programa estadístico para el cálculo rápido de las puntuaciones finales de calidad de vida³.
- 2) Facilitar la medición de la calidad de vida a los médicos participantes al Congreso mostrando la comprensibilidad y practicabilidad del método para un futuro uso en clínica.
- 3) Obtener autovaloraciones del mayor número posible de Médicos de Familia que nos proporcionen, al menos de forma orientativa, una aproximación al nivel de calidad de vida de nuestro colectivo y así poder compararlo con otros grupos de población. Con esto se pretende, además, realizar la comprobación estadística del cuestionario en este grupo de encuestados.

Material y métodos

Sujetos

Evaluamos la calidad de vida de todos los médicos que se acercaron a nuestro punto de registro y mostraron in-

TABLA 1
Características sociodemográficas de los médicos
investigados y del grupo de población
general de referencia

	MÉDICOS (%) (n=212)	GRUPO REFERENCIA (%) (n=1.178)
Edad media	37	48
Hombres	52	53
Vive en pareja	68	69
Trabajando	98	53
Universitario	100	14
Apoyo social	99	96
Eventos vitales influyentes	28	26
Problemas agudos	32	29
Alteraciones sexuales	20	31

terés en efectuar la medición. De este modo durante dos días se registró la calidad de vida a 212 médicos de familia. Como grupo de referencia disponíamos de una base de datos de 1.178 sujetos de 12-95 años investigados previamente. Las características sociodemográficas del grupo de médicos y las del grupo de referencia aparecen en la tabla 1.

Medición de la calidad de vida. Descripción del cuestionario

La calidad de vida fue evaluada mediante el cuestionario alemán *Profil der Lebensqualität Chronischkranker/ Profile of Life quality in the Chronically ill (PLC)*⁷. Ha sido desarrollado a principios de los noventa por el profesor Siegrist et al (Instituto de Medicina Sociológica de Düsseldorf) y la versión española del cuestionario se llama como ya hemos apuntado PECVEC³.

El cuestionario, del cual existen también versiones anglosajona y rusa, está constituido sobre la base del sistema modular. Consta de un módulo central invariable de 40 ítems, de tipo genérico, concebido para abarcar los problemas comunes a toda persona —sana o enferma— (mayor o menor discapacidad profesional, aislamiento social, etc.) que ha de ser complementado con un módulo específico variable que abarque aspectos específicos de la enfermedad del grupo diana objeto del estudio. Como norma general, el PECVEC está establecido como un cuestionario auto-administrable. En la hoja de la cubierta se dan las instrucciones necesarias para evitar errores al cumplimentar las respuestas. En casos justificados, de manera excepcional, la recogida de la información puede llevarse a cabo por medio de entrevistas. Los ítems, tipo Likert, con descriptores de cantidad como «nada en absoluto, un poco, moderadamente, mucho, muchísimo» y de calidad como «nada en absoluto, malamen-

TABLA 2
Dimensiones básicas y estructura factorial del PECVEC

	CAPACIDAD DE ACTUACIÓN	BIENESTAR
Física	I. Capacidad física (<i>capacidad de rendimiento</i>) (8 ítems)	Síntomas (suma de puntuaciones)
Psíquica	II. Función psicológica (<i>capacidad de disfrute y de relajación</i>) (8 ítems)	III. Ánimo positivo (5 ítems) IV. Ánimo negativo (8 ítems)
Social	V. Función social (<i>capacidad de relación</i>) (6 ítems)	VI. Bienestar social (<i>sentimiento de pertenencia a un grupo</i>) (5 ítems)

Tomada del Manual del PECVEC. Oviedo. Servicio de Publicaciones. Universidad de Oviedo, 1997³.

te, moderadamente, bien, muy bien» tienen un rango de valor entre 0 y 4. Todos se refieren a cómo se sintieron los pacientes en los últimos siete días y miden las dimensiones relevantes de CVRS, por medio de las correspondientes escalas, relativas a una conceptualización propia que considera básicas las valoraciones subjetivas del bienestar y las capacidades de actuación (funcionalismo) del encuestado en las tres áreas esenciales de la vida humana: física, emocional y social (tabla 2).

Se considera básica la dimensión del bienestar (humor, emociones positivas y negativas, motivaciones y cognición), de acuerdo con la bien conocida definición de la salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace más de 50 años.

En segundo lugar, otra dimensión de igual importancia es la capacidad de actuación del sujeto, por ejemplo, la capacidad para alcanzar objetivos definidos como propios o ajenos. Fue el eminente investigador médico René Dubos quien definió la salud como la capacidad para lograr los objetivos propios o impuestos más que como una mera norma fisiológica o funcional¹².

Por tanto, en este método se enfatiza la comprensión de la salud biopsicosocial, la cual incluye los tres niveles de funcionalismo biológico (organismo), de funcionamiento psicológico y de funcionamiento interpersonal/social. Resultan, así, seis escalas de calidad de vida:

I. *Capacidad física (8 ítems)*. Capacidad de rendimiento corporal e intelectual tanto en la vida privada como en la profesional.

II. *Función psicológica (8 ítems)*. Capacidad de disfrute y relajación, esto es, capacidad de regeneración psíquica, apetito, calidad del sueño, etc., y capacidad de compensación de disgustos y decepciones.

III. *Estado de ánimo positivo (5 ítems)*. Comprende la animosidad positiva: atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc.

IV. *Estado de ánimo negativo (8 ítems)*. Se refiere a los aspectos esenciales de la animosidad negativa: tristeza, nerviosismo, irritabilidad, sentimiento de amenaza, de desesperación, etc.

(Las escalas III y IV constituyen lo que entendemos por bienestar psicológico.)

V. *Funcionamiento social (6 ítems)*. Capacidad de relación, esto es, capacidad para establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas. Capacidad para interesarse y abrirse a otros.

VI. *Bienestar social (5 ítems)*. Abarca lo relativo a la pertenencia a un «grupo»: apoyo socioemocional expresado como proximidad a otras personas, prestación de ayuda y sentimientos de soledad y autoexclusión.

Un módulo específico de síntomas de enfermedad evalúa la séptima dimensión conceptual relevante: el bienestar físico. Su análisis estadístico no es como el de las seis escalas anteriores por su naturaleza variable y viene representado por la media de puntuaciones de 17 preguntas que exploran la carga sintomática de la enfermedad diana. Para el presente estudio el listado de síntomas utilizado fue específicamente desarrollado para su uso en población general.

Ahora bien, como la calidad de vida puede variar por factores ajenos a la enfermedad/tratamiento, el cuestionario incluye además tres preguntas adicionales para controlar esos factores confusores: a) apoyo social en la familia o en el círculo de amigos; b) acontecimientos vitales influyentes próximos o lejanos, y c) problemas agudos en la última semana. Adicionalmente, dos grupos de 8 y 5 ítems controlan las historia sociodemográfica y la función sexual de los pacientes, evitando así la inclusión de otras baterías añadidas.

Las indicaciones del PECVEC son, pues, tanto los estudios clínico-epidemiológicos como las evaluaciones terapéuticas. Su utilización es posible tanto en población general «sana» como en los diferentes grupos de pacientes crónicos; para ello ha de variar, en cada caso, el módulo específico de síntomas que complementa al núcleo central genérico. Su uso no resulta válido en:

- 1) Procesos graves, que amenazan la vida del enfermo (por ejemplo, cancerosos terminales), en los cuales hemos comprobado que la validez de las escalas del cuestionario no es satisfactoria, debido posiblemente al proceso psicodinámico de autodefensa con tendencia a la negación que experimentan los pacientes.
- 2) Pacientes en los cuales la enfermedad ha deteriorado, de forma importante, la capacidad de autovaloración (por ejemplo, psicosis aguda, toxicomanías, enfermedades geriátricas, etc).

Recogida de datos y manejo

La medición se efectuó autocumplimentada, tanto por medio de cuestionarios impresos como a través del te-

clado de dos ordenadores disponibles. Los congresistas invirtieron, por término medio, ocho minutos para la cumplimentación del test.

Las puntuaciones de las escalas de calidad de vida fueron calculadas como medias de los respectivos ítems aplicando un escalamiento ordinal de 0 a 4. Tras la conveniente recodificación de los ítems con sentido negativo los valores escalares proporcionan una determinación unidimensional en altura, esto es, cuanto mayor es la puntuación en una escala tanto mejor es la calidad del aspecto medido. Por el contrario, puntuaciones medias bajas representan una calidad de vida peor. A cada encuestado se le asigna un número de código identificativo para evitar nombres, iniciales, direcciones, etc., y así garantizar la confidencialidad.

Análisis estadístico

Las respuestas fueron evaluadas con la ayuda de un programa informático integral desarrollado para este cuestionario por los autores de la versión española del PECVEC⁶⁹ en el Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Oviedo. Este programa permite múltiples funciones: cálculo de las escalas del PECVEC, comparación entre grupos de sujetos, análisis de la evolución de individuos y/o grupos a lo largo del tiempo, resumen de características sociodemográficas, control de factores de confusión, elaboración de gráficos, etc. De este modo se simplifica el análisis y se ofrece una impresión visual de resultados fácilmente comprensible por el médico y por el paciente, lo que permite el comentario y la discusión de posibles resultados discordantes.

Por este medio se calcularon las puntuaciones finales de CVRS de todos y cada uno de los encuestados. Los resultados se enfrentaron por sexo y grupo de edad con los de una muestra de sujetos ($n=1.178$) de 12-95 años estudiada por nuestro grupo con el mismo instrumento y que actuaba como referencia. Se usó para la comparación entre grupos el test de la «t» de Student. La fiabilidad o consistencia interna del cuestionario se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach de cada escala. Se trata de un coeficiente de correlación media de cada ítem con el total de la escala a la que pertenece y con su número de ítems (para escalas de menos de cuatro ítems los correspondientes coeficientes son poco estables). Los valores para estos coeficientes pueden ir desde 0 a 1 y la exactitud de la medición se establece conforme a la aproximación del valor a 1. El límite satisfactorio es difícil fijar; se considera que valores superiores a 0,4 pueden ser satisfactorios en estadios primeros de investigación —especialmente cuando se comparan grupos—, mientras que si lo que se desea es la comparación entre individuos los valores deben ser mayores (aproximadamente $\geq 0,80$)^{4, 13, 14}.

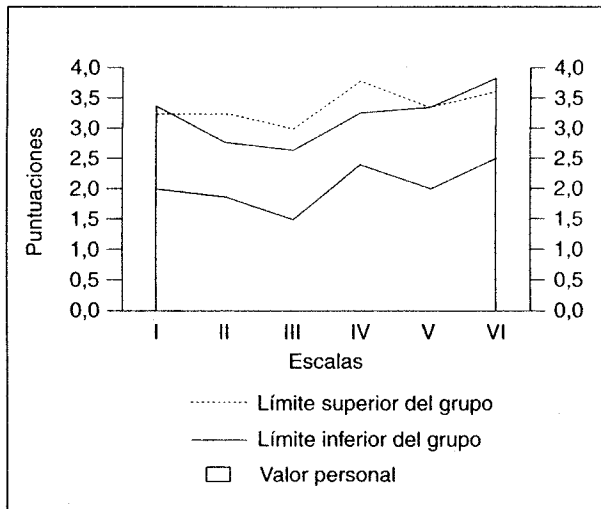


Fig. 1. Representación gráfica de la comparación de la calidad de vida de un sujeto frente a la de un grupo de referencia. I: función física; II: función psicológica; III: estado de ánimo positivo; IV: estado de ánimo negativo; V: función social; VI: bienestar social. El rango de cada ítem se puntúa de 0 a 4 y a mayor puntuación corresponde una mejor calidad de vida.

Frecuentemente se considera que un instrumento tiene una buena fiabilidad si los alfa de Cronbach de sus escalas son superiores a 0,70¹⁵.

En el mismo momento del registro de la CVRS se pudo efectuar un análisis individualizado de las puntuaciones y presentar a los encuestados sus puntuaciones comparadamente con las de otros sujetos de su mismo sexo y grupo de edad —tanto numérica como gráficamente—, como es deseable hacer en la clínica diaria con los enfermos. Por medio de la comparación, pues, se efectúa la medición y la interpretación. La información así registrada obraría en la historia clínica del paciente y permitiría evaluar los cambios, que ocurren por el transcurso de la enfermedad, la intervención terapéutica, etc., y discutirlos con él. Un ejemplo del modo de presentación de los resultados con el PECVEC para su uso en la clínica aparece en la figura 1.

Resultados

Las características sociodemográficas de los médicos muestran diferencias importantes frente al grupo de población general de referencia, en el nivel educativo, la edad media y, por ende, en el estatus laboral (tabla 1). Las demás variables mayores —sexo, vida en pareja, apoyo social y eventos vitales influyentes— son similares en ambos grupos. El nivel de deterioro sexual es mayor entre la población general (31%) que entre los médicos (20%) y se considera una expresión más del bienestar físico. Conforme a estas consideraciones, la comparación entre ambos grupos debemos hacerla, fundamentalmente, entre las edades de 31-45 años. Haciéndolo así, ambos grupos resultan comparables en cuanto a los factores mayores de confusión.

Resultados del grupo de médicos

Las puntuaciones de CVRS de los médicos aparecen en la tabla 3. La edad es un factor que actúa negativamente sobre la calidad de vida. En todas las escalas, las médicas presentan puntuaciones más bajas que los médicos, de manera significativa en cinco de las siete escalas investigadas, incluido el bienestar físico. Sólo las escalas sociales aparecen sin diferencias significativas entre ambos sexos. Un análisis más detallado por sexos, según la edad, no muestra diferencias significativas por debajo de los 30 años, e incluso las médicas muestran un mejor funcionamiento social que los médicos. A partir de este punto, la generación de 31-45 años, las puntuaciones de calidad de vida alcanzan sus valores máximos en ambos sexos y aparecen diferencias significativas favorables a los hombres en función física y estado de ánimo positivo. En los dos períodos siguientes analizados las puntuaciones, predominantemente, decrecen, y más fuertemente en el caso de las mujeres, pues aparecen diferencias favorables a los hombres en la mayoría de las escalas investigadas. Sin embargo, se

TABLA 3
Puntuaciones finales de calidad de vida relacionada con la salud del grupo de médicos bajo estudio. Descripciones por sexo según grupo de edad

ESCALAS DEL PECVEC	HOMBRES n = 109	MUJERES n = 103	<= 30 AÑOS		31-45 AÑOS		46-60 AÑOS		61-75 AÑOS	
			H = 14	M = 25	H = 67	M = 58	H = 22	M = 13	H = 8	M = 5
Síntomas. Bienestar físico	3,65 (0,4)	3,52 (0,4)**	3,58	3,52	3,65	3,60	3,70	3,40	3,65	2,91
I. Función física	2,83 (0,5)	2,52 (0,6)***	2,50	2,40	2,98	2,65	2,77	2,36	2,42	2,02
II. Función psicológica	2,79 (0,5)	2,53 (0,7)***	2,69	2,61	2,87	2,71	2,71	2,02	2,40	1,35
III. Estado ánimo positivo*	2,48 (0,5)	2,16 (0,6)***	2,25	2,10	2,60	2,33	2,40	1,73	2,20	1,40
IV. Estado ánimo negativo*	3,20 (0,6)	2,97 (0,6)***	2,94	2,91	3,27	3,09	3,09	2,88	3,42	2,10
V. Función social	2,66 (0,5)	2,61 (0,7)	2,65	2,74	2,77	2,80	2,46	1,93	2,27	1,63
VI. Bienestar social	3,11 (0,5)	3,05 (0,5)	3,11	3,04	3,20	3,06	2,88	3,03	3,05	3,08

Rango de todos los ítems: 0-4. A mayor puntuación corresponde una mejor calidad de vida en cada escala medida. Los valores son medias. Los valores entre paréntesis son desviaciones estándar. * Estado de ánimo positivo + estado de ánimo negativo = bienestar psicológico. H: hombres; M: mujeres; nivel de significación: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$.

TABLA 4
Puntuaciones finales de calidad de vida relacionada con la salud del grupo de población general de referencia.
Descripciones por sexo y grupo de edad

ESCALAS DEL PECVEC	TOTAL n=1.178	HOMBRES n=613	MUJERES n=530	1-15 AÑOS n=169	16-30 AÑOS n=147	31-45 AÑOS n=134	46-60 AÑOS n=284	61-75 AÑOS n=294	>76 AÑOS n=113
Síntomas. Bienestar físico	3,51 (0,5)	3,56 (0,5)	3,44 (0,4)**	3,80 (0,1)	3,54 (0,4)	3,73 (0,3)	3,55 (0,4)	3,30 (0,6)	2,31 (0,5)
I. Función física	2,51 (0,7)	2,67 (0,7)	2,34 (0,7)**	2,97 (0,6)	2,46 (0,7)	2,80 (0,6)	2,72 (0,7)	2,24 (0,8)	1,80 (0,6)
II. Función psicológica	2,52 (0,7)	2,70 (0,6)	2,32 (0,7)**	2,95 (0,5)	2,48 (0,8)	2,66 (0,5)	2,66 (0,6)	2,31 (0,6)	1,97 (0,5)
III. Estado ánimo positivo*	2,23 (0,8)	2,40 (0,8)	2,03 (0,7)**	2,62 (0,8)	2,07 (0,8)	2,30 (0,7)	2,31 (0,8)	2,04 (0,8)	2,05 (0,6)
IV. Estado ánimo negativo*	3,08 (0,7)	3,28 (0,6)	2,87 (0,8)**	3,19 (0,6)	2,82 (0,8)	3,29 (0,7)	3,17 (0,7)	3,02 (0,7)	3,02 (0,5)
V. Función social	2,42 (0,8)	2,48 (0,8)	2,31 (0,8)**	2,98 (0,6)	2,48 (0,7)	2,45 (0,6)	2,48 (0,8)	2,18 (0,8)	1,77 (0,7)
VI. Bienestar social	2,94 (0,6)	3,05 (0,6)	2,82 (0,6)**	3,06 (0,6)	2,85 (0,6)	2,99 (0,6)	2,98 (0,7)	2,91 (0,6)	2,85 (0,5)

Rango de todos los ítems: 0-4. A mayor puntuación corresponde una mejor calidad de vida en cada escala medida. Los valores dados son medias. Los valores entre paréntesis son desviaciones estándar. * Estado de ánimo positivo + estado de ánimo negativo = bienestar psicológico. Nivel de significación: ** = $p < 0,001$.

observa una tendencia a estabilizarse o a mejorar en bienestar social y psicológico (estado ánimo positivo) con el transcurso de los años.

Resultados del grupo de población general de referencia

Los resultados de este grupo aparecen desglosados por sexo y edad en la tabla 4. Los hombres tienen mejores puntuaciones que las mujeres en todas las escalas de manera consistente y la edad, al avanzar, actúa como un factor negativo sobre la calidad de vida. El patrón que dibujan las puntuaciones conforme la edad es: a) la infancia (<15 años) es la generación de máxima puntuación; b) la juventud (16-30 años) representa un descenso; c) la edad media de la vida (31-45 años) supone un nuevo ascenso de la calidad de vida, si bien en grado menor que la infancia, y d) en edades sucesivas acontece una disminución paulatina de la calidad de vida. Únicamente el bienestar social y el psicológico se mantienen estables e incluso aumentan en las edades más avanzadas.

Comparación entre grupo de médicos y grupo de referencia

Los resultados de esta comparación se presentan en la tabla 5. Globalmente, la calidad de vida de los médicos es mejor que la de la población general y altamente significativa en más de la mitad de las escalas. Sólo en la escala IV (estado de ánimo negativo) no aparecen diferencias. Un análisis en detalle por grupos de edad muestra resultados diferentes. Tanto en edades <30 años como por encima de los 45 años el proceso se invierte y la población general muestra puntuaciones más altas, alcanzando en los más jóvenes la significación estadística en bienestar y función físicos. Excepcionalmente, por encima de los 60 años es mejor el bienestar social entre los médicos. Es en la generación media, 31-45 años, donde los médicos mantienen puntuaciones mejores que la población de referencia y con significación en 4 de las 7 escalas: II (funcionamiento psicológico), III (estado de ánimo positivo) y las V y VI (función y bienestar social). Por el contrario, en la escala IV (estado de ánimo negativo) los médicos tienen puntuaciones menores que la población general próximas al nivel de significación.

TABLA 5
Calidad de vida comparativa entre el grupo de médicos y el grupo de población general de referencia según edad

ESCALAS DEL PECVEC	TOTAL		24-30 AÑOS		31-45 AÑOS		46-75 AÑOS	
	MÉDICOS n=212	POBL. GRAL. n=1.178	MÉDICOS n=49	POBL. GRAL. n=42	MÉDICOS n=119	POBL. GRAL. n=134	MÉDICOS n=44	POBL. GRAL. n=578
Síntomas. Bienestar físico	3,58 (0,4)	3,51 (0,5)**	3,57 (0,3)	3,73 (0,4)***	3,62 (0,4)	3,73 (0,3)	3,53 (0,4)	3,45 (0,4)
I. Función física	2,69 (0,6)	2,51 (0,7)***	2,53 (0,5)	2,87 (0,7)***	2,82 (0,5)	2,80 (0,6)	2,50 (0,7)	2,47 (0,7)
II. Función psicológica	2,66 (0,6)	2,52 (0,7)***	2,68 (0,5)	2,71 (0,7)	2,80 (0,5)	2,66 (0,5)**	2,31 (0,7)	2,48 (0,7)
III. Estado ánimo positivo*	2,33 (0,6)	2,23 (0,8)**	2,22 (0,5)	2,44 (0,7)	2,47 (0,5)	2,30 (0,7)**	2,08 (0,8)	2,17 (0,8)
IV. Estado ánimo negativo*	3,09 (0,6)	3,08 (0,7)	3,01 (0,6)	3,16 (0,7)	3,18 (0,6)	3,29 (0,7)	3,02 (0,8)	3,09 (0,7)
V. Función social	2,64 (0,6)	2,42 (0,8)***	2,69 (0,6)	2,59 (0,8)	2,80 (0,5)	2,45 (0,6)	2,17 (0,7)	2,33 (0,8)
VI. Bienestar social	3,09 (0,5)	2,94 (0,6)***	3,08 (0,5)	3,10 (0,6)	3,13 (0,5)	2,99 (0,6)***	3,01 (0,5)	2,94 (0,6)

Rango de todos los ítems: 0-4. A mayor puntuación corresponde una mejor calidad de vida en cada escala medida. Los valores dados son medias. Entre paréntesis aparecen las medias desviaciones estándar. * Estado de ánimo positivo + estado de ánimo negativo = bienestar psicológico. Nivel de significación: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$.

TABLA 6
Consistencia interna de las respectivas escalas del perfil de calidad de vida en enfermos crónicos (PECVEC)

ESCALAS DEL PECVEC	MÉDICOS DE FAMILIA (n=212) ALFA DE CRONBACH	POBLACIÓN GENERAL (n=1.178) ALFA DE CRONBACH
I. Función física	0,81	0,84
II. Función psicológica	0,81	0,82
III. Estado de ánimo positivo*	0,83	0,83
IV. Estado de ánimo negativo*	0,87	0,86
V. Función social	0,80	0,80
VI. Bienestar social	0,70	0,64

* Estado de ánimo positivo + estado de ánimo negativo = bienestar psicológico.

Resultados de fiabilidad

La fiabilidad de las escalas del PECVEC en el grupo de médicos es satisfactoria. Todas las escalas presentan un coeficiente alfa Cronbach mayor de 0,70. El valor promedio es 0,80. Los valores son muy similares a los encontrados previamente por los autores en la población general. La escala de menor consistencia interna es la de bienestar social (tabla 6).

Discusión

Los resultados encontrados en el grupo de médicos reproducen el hecho, sabido y demostrado por diferentes grupos de trabajo, que la calidad de vida varía sustancialmente entre hombres y mujeres^{3,9-11}. Por tanto, debemos tener este factor siempre en cuenta cuando comparamos resultados de calidad de vida si existe una desigual constitución respecto de la variable sexo. Las mujeres presentan puntuaciones más bajas que los hombres en todos los grupos de edad y en todos los estratos sociales.

Resulta difícil explicar estas diferencias. Lo que hoy sabemos va en dos direcciones: por un lado, en muchos estratos sociales existen importantes diferencias de oportunidad entre sexos y más baja consideración del trabajo realizado por la mujer. En el caso que nos ocupa esta consideración parece de poco peso, ya que ambos sexos tienen idéntica profesión y, en principio, idénticas oportunidades sociales. Esto explica que no sean significativas las diferencias encontradas entre médicos y médicas en las escalas sociales y, por el contrario, sí, y mucho, entre la población general. Además vimos que las médicas tienen valores de función social mayores que los médicos en la juventud, hasta los 30 años. Este hecho tampoco se observa en las investigaciones sobre población general, lo que denota la importancia de las características educacionales, laborales y sociales de la (mujer)-médica actual en nuestra sociedad.

Pero, por otro lado, no debemos olvidar que las mujeres tienen una mayor sensibilidad corporal que los hombres y cabe, pues, asumir, de manera convincente que debido a su peculiar constitución la vida psíquica de la mujer está más fundida con su cuerpo que en el hombre y que, por tanto, esta mayor somatización explica gran parte de las diferencias encontradas. La relativa hiperestesia de las sensaciones orgánicas de la mujer trae consigo que su cuerpo exista para ella más que para el hombre el suyo. Es notorio lo desconocido que resulta este hecho para la comunidad médica española en esta área de la investigación, pues no conocemos se haya explicado antes.

El significativo descenso de puntuaciones ocurrido en la mujer a partir de los 45 años puede relacionarse, sin miedo a equivocarse, con la presentación de la menopausia. Se observa un marcado descenso en todas las escalas, incluido el bienestar físico.

En relación con la edad, el hecho es que las puntuaciones de calidad de vida ascienden hasta la edad media de la vida, generación de 31-45 años y punto de máxima calidad, para después ir disminuyendo a medida que envejecemos. Es sabido que Aristóteles pone la *akmé* o florecimiento corporal entre los treinta y treinta y cinco. Sin embargo, conviene hacer notar que en la infancia (< 15 años) acontece el período de máxima calidad de toda la vida, es la fase esencialmente egoísta, a la que sigue la juventud (16-30 años). Aquí los niveles de calidad son más bajos —son, por decirlo así, más «reales»— pues el joven tiene que tomar contacto con la realidad, reaccionar por su cuenta propia, aprender ciencia, técnica, modos sociales, política, buscar empleo, etc. Es a partir de los 30 y hasta los 45 cuando el hombre encuentra todas sus nuevas ideas y se realizan los procesos de desarrollo de la personalidad, de integración laboral y de estabilización de las relaciones sociales —ante todo de la familia—, lo que explica las máximas puntuaciones de calidad de vida en esta fecha.

El mantenimiento o incluso ascenso de las puntuaciones de calidad de vida en bienestar psicológico y social (escalas II y VI) por encima de los 60 años puede tener explicación en el aspecto de las relaciones sociales y familiares fruto del elevado apoyo social primario (de la familia) existente en ambos grupos, así como en la ausencia de presiones económicas, laborales y familiares de los viejos.

En la comparación de ambos grupos de sujetos por debajo de 30 años la población general presenta más altos niveles de calidad que los médicos. La situación personal de estudiante, de dependencia económica y el retraso en la incorporación al mundo laboral puede ser la explicación. Merecería un estudio más detallado para confirmar este hecho. Entre 31-45 años se evidencia el mejor período de la vida de los médicos y su calidad de vida es superior a la del grupo de referencia especial-

mente en lo que toca al mundo social. Esta situación puede estar relacionada con el nivel de ingresos económicos más elevado entre los médicos que entre la población general. Esta consideración no puede valorarse con certeza, a pesar de su gran peso en la calidad de vida⁹, debido a que no se obtuvo información del nivel socioeconómico de los médicos.

Por otra parte, el hecho de puntuaciones más bajas en la escala IV (estado de ánimo negativo), en los médicos, indicaría una mayor tendencia a la depresión en nuestro colectivo que en la población general. Teniendo en cuenta que las diferencias no son significativas esta observación ha de tomarse con cautela; sin embargo, apunta un aspecto que sería de gran interés desarrollar a fondo dadas las recientes implicaciones de la depresión como factor predictivo de enfermedad o de muerte¹⁶⁻¹⁷.

El empeoramiento de la CVRS de los médicos frente a la población general a partir de los 45 años indicaría un deterioro y envejecimiento prematuro. Este hecho, que parece sustancial, no hemos querido desarrollarlo más a fondo dado el escaso número de médicos mayores de 45 años investigados (n=44) al igual que ocurre con la población más joven de 30 años (n=49). Sin embargo, merece un estudio posterior exhaustivo que lo confirme y explique las razones del hecho, a pesar de la supuesta existencia de un mayor nivel de renta de los médicos que es considerado como un factor favorecedor de una mejor calidad de vida.

En relación con la consistencia interna de la información obtenida con el PECVEC cabe afirmar que resultó satisfactoria para todas las escalas. El coeficiente alfa Cronbach encontrado, predominantemente >0,80, confirma la fiabilidad del test y su idoneidad para la evaluación intraindividual y de grupos. La menor fiabilidad de la escala de bienestar social confirma resultados previos descritos tanto con la versión española como con la alemana y, por tanto, la convierte en la escala de menor validez de construcción^{3,9-10}. Una mayor correlación de dos de sus cinco ítems con otras escalas distintas parece ser la causa fundamental. La aplicabilidad y la comprensibilidad del PECVEC quedó demostrada suficientemente con grupos de sujetos con menor nivel de instrucción¹⁰⁻¹¹ y, como era de esperar, resultó excelente en el caso que nos ocupa. El promedio de tiempo invertido en la autocumplimentación del cuestionario fue de ocho minutos; este tiempo es sensiblemente menor del recomendado por los autores para su uso con pacientes, que es de 15 minutos.

Teniendo en cuenta todas las limitaciones inherentes a esta emergente área de la investigación de la salud y considerando que el grupo de médicos evaluado no

constituye una muestra representativa del colectivo, los hallazgos descritos han de ser tomados sólo como una aproximación, si bien importante, al conocimiento del bienestar y las capacidades subjetivas de los médicos de familia españoles.

Nos fundamos para afirmar esto en el número de sujetos investigados, la homogeneidad de las puntuaciones, la consistencia interna de la información y la tendencia y variabilidad según el sexo y la edad. Todo ello nos capacita para afirmar la calidad de los datos presentados y, por tanto, la expresión de realidad que representan.

Bibliografía

1. Smith TG. Introduction. En: Teeling Smith G, ed. *Measuring health: a practical approach*. Londres: John Wiley and Sons, 1988; 1-7.
2. Ortega y Gasset J. Confesiones de «El espectador». Verdad y perspectiva (1916). *El espectador*. En: *Obras completas*. Tomo II. Madrid: Alianza Editorial. Revista de Occidente 1983; 15-21.
3. Fernández-López JA, Hernández-Mejía R. Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Versión oficial española del Profil der Lebensqualität Chronisch Kranker (PLC), de Siegrist J, Broer M, Junge A. Servicio Publicaciones de la Universidad de Oviedo, 1997.
4. Stewart AL, Ware JE (eds). *Measuring functioning and Well-Being. The medical outcomes study approach*. Durham and London: Duke University Press, 1992.
5. Siegrist J, Rugulies R. Lebensqualität bei fortgeschrittener koronarer Herzkrankheit. *Z Kardiologie* 1997; 86 (suppl 1):1-7.
6. Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the Quality of Life Questionnaire (Cuestionario de Calidad de Vida [CCV]): a generic health-related quality of life instrument. *Eur J Psychol Assessm* 1993; 9:19-32.
7. Siegrist J, Broer M, Junge A. *Profil der Lebensqualität Chronisch Kranker (PLC)*. Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH, 1996.
8. Bullinger M. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjective Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 1997; 47:76-91.
9. Laubach W, Schröder CH, Siegrist J, Brähler E. Normierung der Skalen Profil der Lebensqualität Chronisch Kranker an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. *Med Psychologie* 1998 (en prensa).
10. Fernández-López JA, Siegrist J, Hernández-Mejía R, Broer M, Cueto-Espinar A. Study of quality of life on rural hypertensive patients. Comparison with the general population of the same environment. *J Clin Epidemiol* 1994; 47:1.373-1.380.
11. Fernández-López JA, Siegrist J, Hernández-Mejía R, Broer M, Cueto-Espinar A. Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC). *Med Clí (Barc)* 1997; 109:245-250.
12. Dubos R. *Man, medicine and environment*. New York: Mentor, 1969.
13. Carrasco JL. *El método estadístico en la investigación médica*. Madrid: Ciencia 3, 1995.
14. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Qual Life Res* 1995; 4:293-307.
15. Nunnally JC. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill, 1978; 145.
16. Kop WJ, Appels APW, Mendes de Leon CF, Swart HB, Bär FW. Vital exhaustion predicts new cardiac events after successful coronary angioplasty. *Psychosom Med* 1994; 56:281-287.
17. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91:999-1.005.