

EPIDEMIOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA. COMPARACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

RADHAMÉS HERNÁNDEZ MEJÍA
JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ LÓPEZ
IVÁN RANCAÑO GARCÍA

UNIDAD

42

I.- INTRODUCCIÓN

“Entre los grandes objetos que han ocupado siempre en todas las naciones cultas a los hombres más sabios, ninguno hay que deba posponerse al de conservar íntegra y sin quebranto (quanto es posible) la salud de los hombres, y de los animales domésticos. La existencia de los reinos estriba en el firme apoyo de la sana y robusta constitución física de esta especie de individuos”. Así comienza Joaquín de Villalba su libro titulado *“EPIDEMIOLOGÍA ESPAÑOLA, ...”*, primera referencia histórica que usa éste término, y que su subtítulo reza *“... o historia cronológica DE LAS PESTES, CONTAGIOS, EPIDEMIAS Y EPIZOOTIAS que han acaecido en España desde la venida de los Cartagineses hasta el año 1801”*¹. No nos sorprende que su primer párrafo esté dedicado a la salud y no a la enfermedad de seres humanos y animales, al pensar que el real objetivo de la epidemiología es la salud y que utiliza el estudio de las enfermedades indirectamente para conocer la anterior.

Existen numerosas definiciones de epidemiología lo que induce a sospechar que ninguna satisface del todo. Podemos comenzar diciendo que en sus orígenes era *“la ciencia que estudiaba las epidemias”* y ya Hipócrates² en la Escuela de Cos utilizó la palabra *“Epidemeion”* hace más de 2400 años, para definir a las enfermedades que *“visitaban”* a la comunidad en diferentes épocas del año. Es importante recordar que el verbo *“epidemeion”* (ἐπιδημεῖον) significa visitar en griego.

En la lengua española la etimología de la palabra epidemiología procede de tres raíces griegas, *epi* (ἐπι), que significa sobre, *demos* (δῆμος) pueblo y *logos* (λόγος) ciencia, lo que la acerca a ser *“... la ciencia que estudia los fenómenos sobre, o en, las poblaciones”*, si bien es definida como *“Tratado de las epidemias”*³.

El que fuera eminente director del Departamento de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, Wade Hampton Frost, la define como *“... la ciencia de las enfermedades infecciosas, en tanto que son un fenómeno de masas o de grupos, consagrada al estudio de su historia natural y su propagación en el marco de una cierta filosofía”*⁴.

La definición que mayoritariamente es aceptada actualmente por la comunidad científica es la que aparece en el Diccionario de Epidemiología de John M. Last, *“... el estudio de la distribución y los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y su aplicación para controlar los problemas de salud”*⁵. Esto nos lleva a pensar que aunque originariamente la epidemiología estudiaba las enfermedades transmisibles y sus efectos en la comunidad, hoy en día se orienta hacia la investigación de la frecuencia de los distintos procesos patológicos, los factores relacionados en su génesis, así como los procesos relacionados con la salud, su recuperación y su conservación. Sus métodos son aplicables en el estudio de cualquier fenómeno que ocurra en la comunidad, ya sea un factor que intervenga en la producción de algún proceso patológico, o bien, una actividad que ayude a potenciar la salud.

Durante la última parte del siglo XIX y la primera mitad del XX se desarrolló lo que Milton Terris⁶ denominó la primera revolución epidemiológica. Se luchaba contra las plagas que diezaban a la población, casi exclusivamente contra las enfermedades transmisibles. Era la época de las *“Escuelas Microbiológicas”*, la de Louis Pasteur en París y las de Robert Koch en Berlín, principalmente. En esos años se descubrieron numerosos microorganismos implicados en tantas otras enfermedades que azotaban a la humanidad, sus mecanismos de transmisión, sus reservorios, etc. Aunque poco a poco, las obras de saneamiento primero, las inmunizaciones después y el advenimiento de los antibióticos más tarde, determinarían desplazándolas a un segundo plano, algunas inclusive siendo erradicadas. Paralelamente a todo esto se desarrolló también en Europa otra gran revolución de tipo económica y social, la de los sistemas de producción, y llamada primera revolución industrial. Ésta terminaría cambiando la forma de vivir y los valores del mundo en sí. Todos estos fenómenos provocarían un sin fin de condicionamientos que poco a poco fueron transformando las poblaciones, los estilos de vida, y como no, la salud. En este punto podíamos preguntarnos *¿cómo han evolucionado los distintos países y que ha sido de la epidemiología en los años siguientes?*, lo que Terris denominó la segunda revolución epidemiológica⁶. Aquí nos sirve de ejemplo lo que ha ocurrido durante este último

Tabla 1. Principales causas de muerte en España en el siglo XX (1900-1991)

CAUSAS - AÑO 1900	CAUSAS - AÑO 1991
1. Diarreas infantiles	1. Enfermedades Cardiovasculares
2. Tuberculosis	2. Tumores malignos
3. Neumonías	3. Enfermedades Pulmonares crónicas
4. Apoplejía cerebral	4. Accidentes
5. Diarreas y enteritis	5. Cirrosis hepática
6. Enfermedades del corazón	6. Enfermedades infantiles
7. Meningitis	7. Nefritis y nefrosis
8. Gripe	8. Diabetes mellitus
9. Fiebre tifoidea	9. Suicidios
10. Enfermedades infantiles	10. Enfermedades aparato digestivo

Fuente: Gabinete de Estudios, D.G.S.

siglo en España a su población, que viene a ser la continuación de lo descrito por Joaquín de Villalba en su libro.

Según observamos en la **Tabla 1** las diez principales causas de muerte en España a principio de siglo eran producidas por enfermedades transmisibles. solo la “apoplejía cerebral” era no transmisible, ya que la mayoría de las llamadas “enfermedades del corazón” eran en realidad endocarditis producidas fundamentalmente por *Streptococos*. En cambio, en la década de los noventa, las diez principales causas de muerte son prácticamente todas enfermedades crónicas no transmisibles. En los últimos años el SIDA constituye la cuarta causa de muerte por delante de los accidentes, presentándose en edades tempranas, con las máximas tasas de años potenciales de vida perdidos. La población de España a principio de siglo era, según datos del Instituto Nacional de Estadística, de 18.594.405 duplicándose en este período y alcanzando a principio de los años noventa los 38.872.272 habitantes⁷. En este mismo período la expectativa de vida al nacer también se duplicó y de casi 35 años en el 1900 se ha pasado a 75 años en 1991 (véase **Tabla 2**). Este fenómeno demográfico, resultado sin duda de los logros sociales y sanitarios que apuntábamos al principio, han dado lugar a una situación de envejecimiento progresivo de la población. En este período ha ocurrido en primer lugar, que como consecuencia del aumento de los niveles socioeconómicos y mejoras sanitarias, se ha logrado progresivamente disminuir la mortalidad infantil. Poco a poco, con el aumento de las riquezas materiales y el bienestar de la población se han ido disminuyendo los niveles de natalidad. En segundo lugar estas mejorías sociosanitarias y las mayores expectativas de vida han logrado disminuir las tasas de mortalidad, por lo que la población vive cada vez más. El colectivo se va transformando lentamente, como vemos en la **Tabla 3**, en una población envejecida. La proporción de menores de 15 años ha disminuido a la mitad, la población media de 15-65 ha aumentado ligeramente y la llamada tercera edad, los jubilados mayores de 65 años, se ha triplicado.



AÑO	HOMBRES	MUJERES	AMBOS
1900	33,8	35,7	34,7
1920	40,2	42,1	42,2
1940	47,1	53,2	50,2
1950	59,8	64,3	62,1
1960	67,3	71,9	69,6
1970	69,7	74,9	72,3
1981	70,7	76,6	73,7
1991	72,2	78,4	75,3

Fuente: Gabinete de Estudios, D.G.S.

Tabla 2. Esperanza de vida al nacer en España en el siglo XX (1900-1991)

Tabla 3. Evolución de la población española en el siglo XX (1900-1991)

AÑO	≤ 15 años	16 - 65 años	≥ 66 años
1900	33,5%	61,3%	5,2%
1920	32,4%	61,9%	5,7%
1940	29,9%	63,5%	6,6%
1950	26,2%	66,5%	7,3%
1960	27,4%	64,4%	8,2%
1970	27,7%	62,6%	9,7%
1981	25,7%	63,4%	10,9%
1991	18,6%	67,6%	13,8%

Fuente: Gabinete de Estudios, D.G.S.

¿Realmente qué es lo que ha pasado en España después de este proceso en el umbral del siglo XXI y del tercer milenio? Se puede afirmar que ha ocurrido, con ligeras diferencias, lo mismo que en prácticamente todos los países occidentales desarrollados. Nos parece interesante señalar, desde el punto de vista de la salud pública, que la mayoría de los usuarios de la atención sanitaria en nuestro país, en la década de los noventa, la constituyen personas de edad avanzada. La asistencia está principalmente dirigida a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, para las cuales no existe una terapia curativa. Los tratamientos se dirigen fundamentalmente a paliar los síntomas y a controlar algunos factores de riesgo conocidos. Su objetivo más importante consiste en retrasar el avance de la enfermedad en su faceta invalidante, tratando de conservar o mejorar el máximo posible de funcionalidad de los órganos afectos.

Durante todo este tiempo la epidemiología nos ha permitido conocer las frecuencias de algunos de estos procesos y determinar la probabilidad de padecer algunas de estas enfermedades si algunos factores de riesgo nos afectan durante una parte de nuestra vida. Se han conseguido, en mayor grado, resultados cuantitativos (cuantos y donde). Pero en menor grado resultados cualitativos (qué y cómo). Si bien es verdad que los logros conseguidos son admirables, y que debemos de seguir avanzando, también es cierto que lo alcanzado hasta ahora se ha obtenido estudiando principalmente la enfermedad. Resulta, en menor proporción, lo mismo que ha hecho la epidemiología con respecto al estudio de la salud; cuáles son los factores que la promocionan, qué formas de vida la mejoran, qué métodos emplear para investigarla, etcétera.

2. SALUD Y ENFERMEDAD

El concepto de salud procede del latín *salus*, y ha variado a través de los tiempos, dependiendo de las circunstancias de cada época. Hipócrates⁸ definía en su libro *Sobre los aires, aguas y lugares* que “La salud es el equilibrio del organismo con su ambiente”, una visión muy ecológica, si bien, durante toda la Edad Media y hasta hace muy poco tiempo, perduró el concepto negativo, es decir, considerar como sano a quién no estaba enfermo. Cicerón⁹ expresaba en su libro *Las Leyes (De-Legibus)*, con una visión más cercana a la política, que “La salud del pueblo es la ley suprema”.

En el preámbulo de la carta constituyente de la *Organización Mundial de la Salud* de 1946¹⁰, se considera que, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Aunque podríamos no considerarlo como una definición en sí, pues forma parte de una serie de puntos o principio constitucionales de un organismo internacional, es importante conocer el siguiente punto para comprender mejor el significado de la salud dentro del texto constitucional de la O.M.S...: “El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”. Este derecho fundamental que todos los hombres tienen, de gozar de buena salud, está también reflejado en el artículo 25 de la Carta de los Derechos Humanos¹¹, y concretamente en nuestro país, en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978¹². Más recientemente se ha propuesto, en el ámbito de la Orga-

nización Mundial de la Salud, un objetivo promovido desde países subdesarrollados del hemisferio sur que consideran un poco utópico ese primer punto antes citado al hacer más hincapié en el bienestar. Es una visión más pragmática y que se ha elaborado en el año 1981 dentro del contexto de la estrategia de *Salud para Todos en el Año 2000*: “*El logro social más importante, tanto de los gobiernos como de la OMS, en las próximas décadas, debe ser el conseguir para todos los ciudadanos en el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva*”¹³.

Ante la anterior visión general de la salud, podríamos presentar como la otra cara de la moneda a la pérdida de ésta. Así llegamos a un estado de desequilibrio que denominamos enfermedad, cuyo origen etimológico proviene del latín *infirmitas*. Fue definida en su día por Claude Bernard¹⁴ como: “*La enfermedad es el resultado de la inadaptación interna (fisiológica) y externa (física y social) frente al ambiente. La enfermedad clínica (cuadro sintomatológico) constituye el grado extremo de la desadaptación biológica*”.

El gran fisiólogo francés afirmaba claramente que la supervivencia y la salud del ser humano dependían de la capacidad del organismo para conservar su ambiente interno en un estado aproximadamente constante. Esto se alcanzaba a pesar de las reiteradas, y a menudo extremas, variaciones del ambiente externo. Finalmente expresaba, “*Los enfermos no son, en definitiva, mas que fisiología perturbada*”.

Los estados de máxima salud y su pérdida, o sea, el padecimiento de cualquier enfermedad, representan dos grados extremos en la variación biológica de un ser humano, viviéndose en una posición intermedia entre estos dos polos. Esto es la resultante del éxito o del fracaso del organismo humano para poder adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones variables del ambiente en que se ha desarrollado y de las exigencias de cada persona para consigo mismo.

La adaptación biológica es un problema de poblaciones y de especie, y no sólo individual. Es la selección genética del grupo y las variaciones fisiológicas y psicológicas del individuo las que permiten esta variación y esa adaptación gradual entre la salud y la enfermedad, y viceversa. La influencia de los factores biológicos y los del medio ambiente externo, se ejercen a través de la vida del individuo, siendo su resultado final un ser humano adulto, muy distintos unos de otros, irrepetible, atendiendo a los distintos hábitos higiénicos, alimentarios, patrones de conducta, etc. Concluiremos diciendo que el nivel de salud de cada persona, es algo tan individual como la vida misma, dependiendo fundamentalmente del potencial genético heredado de sus padres, de cómo ha desarrollado su organismo según su capacidad de adaptación al ambiente, y cuales han sido los riesgos y peligros con que se ha encontrado en el medio que le ha tocado en suerte vivir. Ahora bien, creemos que la salud no es sólo una mera norma fisiológica, por lo que el estado de salud correspondiente, es también una capacidad del individuo para proyectar su futuro y llevar adelante su programa vital.

Al llegar a este punto nos parece adecuado citar a René Dubós, que con una aquilatada visión sobre el ser humano y su entorno, describe la salud como: “*Salud es aquel estado de la vida basado en un relativo equilibrio psíquico y unas funciones orgánicas intactas que permite a las personas llevar a cabo objetivos propios o ajenos por medio de sus propias acciones*”¹⁵. Unos años más tarde manifiesta en sus libro *El espejismo de la salud*¹⁶, “*La salud y la felicidad son manifestaciones de la manera en que el individuo responde y se adapta a los desafíos que le plantea la vida diaria*”, pero realmente es más tajante el párrafo siguiente en donde se describe la auténtica realidad cotidiana en su máxima crudeza, “*Tales desafíos no son sólo aquellos que se originan en el mundo físico y social: en realidad, los factores más inflexibles, los que más comúnmente intervienen en la generación de la enfermedad, son las metas que el propio individuo se fija y que a menudo carecen de relación con sus necesidades biológicas*”. Queda muy claro que cada ser humano es el principal responsable de su estado de salud, de las enfermedades que podrá padecer y de la calidad de vida que disfrutará a lo largo de su existencia. Esto estará condicionado por los hábitos y estilos de vida que haya aprendido en su núcleo familiar, por la formación escolar y cultural que haya recibido y por el ambiente social que le haya tocado vivir durante los primeros años de su vida.



3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Sin entrar a detallar el concepto de Calidad de Vida que es recogido más ampliamente en otro capítulo del libro, podemos decir que la Calidad de vida Relacionada con la Salud (CVRS), en inglés *Health-Related Quality of Life* (HRQOL), comprende un resumen de características que tiene que ver con el "Bienestar" y con las "Capacidades de Actuación" del individuo en las tres dimensiones esenciales de la vida: la física, la emocional y las social. Aquí vemos por un lado que el paciente tiene la oportunidad de expresarse, y por otro, el médico de tomarlo en cuenta. la evaluación de la CVRS en este contexto supone una innovación sustancial sobre los procesos tradicionales ya que incorpora la valoración del propio enfermo. Ya no es sólo el médico quién dice lo que está bien y lo que no. Esta oportunidad que se le brinda al paciente debe ser aprovechada por el médico como una porción de realidad claramente irrenunciable. Realmente, no sólo cuando existe una alteración orgánica uno se siente enfermo, también puede ser al contrario. De hecho muy frecuentemente encontramos que el paciente se siente "peor", cuando los parámetros biomédicos han resultado normales. Muchas veces se suele decir: "la intervención ha sido un éxito", sin embargo, el paciente se siente "más muerto que vivo".

Los estudios de CVRS pueden ser aplicados en investigaciones epidemiológicas, en el control del funcionamiento de los servicios sanitarios, en la valoración de determinados tratamientos, etc. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud nos aporta unas herramientas fiables para investigar todos los problemas sobre la salud que se nos presentan de cara al próximo milenio y que son producto de la evolución social experimentada durante el último siglo. La medición del estado de salud, experimentado de forma subjetiva, es actualmente una pieza importante dentro de la investigación en los servicios sanitarios. Más aún, se ha propuesto que debería convertirse en algo rutinario en la práctica clínica y epidemiológica. Tratamos de que no se produzca la clásica separación entre la medicina colectiva y la medicina individual, debido principalmente al enfoque poblacional de lo primero y a lo individual de lo segundo⁶. Pensando en esto, la medición de la calidad de vida trata de aportar la aproximación entre lo epidemiológico y lo clínico.

Aunque existen otras definiciones^{17,18} en el Diccionario de Epidemiología de Last⁵, la que nos parece más acertada es la de Sackett que define la Epidemiología clínica como: "... la aplicación, por el médico de atención primaria, de métodos epidemiológicos y biométricos en el estudio de los procesos diagnósticos y terapéuticos y sus efectos en el mejoramiento de la salud"¹⁹. El método epidemiológico trata fundamentalmente de conocer, en la primer fase descriptiva, la frecuencia y la distribución de un fenómeno. En una segunda fase, de hipótesis y análisis, los esfuerzos del método están dirigidos a establecer posibles relaciones de causalidad, esto es, de causa-efecto. Como se comentó en párrafos anteriores, en los últimos años se han realizado esencialmente estudios que investigaron las enfermedades como problemas de salud, su promoción, protección y recuperación, no se ha desarrollado todo lo deseable. Nosotros pretendemos aquí dejar constancia de la gran utilidad que tiene la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, es decir, el estado de salud expresado subjetivamente, como reflejo de la salud de un individuo que nos acerca a la salud de todo un colectivo. El punto de vista individual refleja la realidad del sujeto y el conjunto de estos, el de la población.

En las últimas dos décadas la investigación de la calidad de vida se ha desarrollado notablemente y ha culminado en un buen número de instrumentos de medida bien documentados, algunos de ellos adaptados con éxito a nuestra cultura²⁰. Para comprobar desde el punto de vista descriptivo la situación actual de nuestra población general. Destacamos la utilidad práctica de medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud como una refinada expresión del estado de salud.

4. SUJETOS Y MÉTODOS

Desde un punto de vista epidemiológico y clínico, interesa cada día más, conocer los valores (estándares normales) de CVRS de la población general. El objeto es disponer de datos de referencia útiles para determinar el grado, o nivel, de la calidad de vida de los diferentes grupos clínicos. Asimismo, interesa investigar en qué medida se diferencian las valoraciones de calidad

de vida genérica en la población general dependiendo de variables sociodemográficas. con este objetivo nuestro grupo ha realizado la medición de CVRS en diferentes grupos de edades comprendidas entre 12-95 años, tanto sanos como pacientes de diferentes patologías crónicas.

Se mide la calidad de vida relacionada con la salud por medio de la versión española del *Profil der Lebensqualität Chronischkranker* (PLC)²¹, en español Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)²² en una muestra de 1,356 sujetos de ambos sexos de entre 12 y 95 años. El cuestionario consta de 40 ítems tipo Likert con un rango de 0-4 y abarca 6 dimensiones relevantes del bienestar y de las capacidades de actuación de las personas: Función Física, Función Psicológica, Estado de Ánimo Positivo, Estado de Ánimo Negativo, Función Social y Bienestar Social. La suma de los Estados de Ánimo, Positivo y Negativo, determinan el Bienestar Psicológico. la variabilidad de los procesos crónicos existentes obliga a estudiar el Bienestar Físico a través de listados de síntomas adicionales (17 ítems) específicos a la patología crónica de que se trate (véase la [Tabla 7](#)). Esta información adicional pudo recogerse en el 65% de los encuestados. En las personas aparentemente sanas se utilizó un listado de síntomas generales. Cuatro preguntas más investigan los factores moderadores mayores: apoyo social, eventos vitales influyentes, problemas agudos y deterioro sexual. El constructo teórico PECVEC/PLC aparece detallado en otro capítulo de este libro por lo que no nos extendemos más en este aspecto.

Las personas investigadas fueron seleccionadas en consultas de Atención Primaria, en Centros Hospitalarios, desde el padrón municipal de habitantes elegidos aleatoriamente como controles, en diferentes Centros Escolares, desde Instituciones de Ancianos y desde diversos grupos de estudios repartidos por el país. La información fue recogida en un 44% de los casos mediante entrevistas personales estandarizadas realizadas por personal sanitario adiestrado para tal fin y en el 56% restante fue autocumplimentado por el propio sujeto.

Se analizaron los resultados de todos los participantes calculando las puntuaciones medias de las 6 escalas definidas de CVRS así como del listado de síntomas, según el grupo. Se estudió su distribución según sexos, grupos de edad, estado civil, nivel educativo, etc. A mayor puntuación en cada escala le corresponde una mejor calidad de vida en la dimensión respectiva medida. Se investigó la significación estadística entre grupos mediante el test de la t de Student. Asimismo se analizó la consistencia interna de las escalas del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach como expresión de la fiabilidad del instrumento. Estudios previos han mostrado unos



Tabla 4. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) Comparaciones entre sexo-edad

Escalas del PECVEC/PLC	Total n = 1356	Hombres n = 725	Mujeres n = 631	1-15 años n = 169	16-30 años n = 196	31-45 años n = 253	46-60 años n = 316	61-75 años n = 306	≥ 76 años n = 116
(Síntomas)			**						
Bienestar Físico	3,52±0,49	3,58±0,50	3,46±0,47	3,80±0,18	3,54±0,43	3,80±0,46	3,72±0,41	3,24±0,58	2,28±0,76
I.			**						
Función Física	2,54±0,76	2,69±0,76	2,37±0,74	2,97±0,59	2,46±0,68	2,80±0,56	2,72±0,72	2,24±0,78	1,80±0,61
II.			**						
Función Psicológica	2,54±0,70	2,71±0,65	2,35±0,71	2,95±0,49	2,48±0,77	2,66±0,54	2,66±0,62	2,31±0,61	1,97±0,55
III. *			**						
Est. Ánimo Positivo	2,24±0,79	2,41±0,78	2,05±0,76	2,62±0,84	2,07±0,79	2,30±0,73	2,31±0,84	2,04±0,78	2,05±0,59
IV. *			*						
Est. Ánimo Negativo	3,08±0,74	3,27±0,66	2,89±0,78	3,19±0,62	2,82±0,79	3,29±0,74	3,17±0,69	3,02±0,71	3,02±0,51
V.			**						
Función Social	2,45±0,81	2,51±0,83	2,36±0,83	2,98±0,58	2,48±0,71	2,45±0,61	2,48±0,83	2,18±0,82	1,77±0,71
VI.			**						
Bienestar Social	2,97±0,65	3,06±0,63	2,86±0,66	3,06±0,61	2,85±0,63	2,99±0,60	2,98±0,74	2,91±0,59	2,85±0,54

Rango de todos los ítems: 0 - 4. A mayor puntuación corresponde una mejor calidad de vida en cada escala medida.

*Estado de Ánimo Positivo + Estado de Ánimo Negativo = Bienestar Psicológico. Nivel de significación: **= P<0,001

**Tabla 5. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)
Comparaciones entre sexo-edad**

	n = 1356	SÍNTOMAS	ESCALA I	ESCALA II	ESCALA III	ESCALA IV	ESCALA V	ESCALA VI
Hombres (n=725)	1-15 (n=83)	3,80 ± .18	2,91 ± .65	2,98 ± .54	2,72 ± .84	3,27 ± .55	2,80 ± .68	3,06 ± .63
	16-30 (n=94)	3,66 ± .40	2,69 ± .68	2,71 ± .72	2,30 ± .81	3,07 ± .74	2,57 ± .73	2,92 ± .63
	31-45 (n=175)	3,71 ± .39	2,91 ± .57	2,77 ± .55	2,44 ± .66	3,27 ± .68	2,57 ± .63	3,03 ± .59
	46-60 (n=181)	3,59 ± .45	2,85 ± .75	2,86 ± .63	2,53 ± .78	3,34 ± .69	2,68 ± .82	3,18 ± .67
	61-75 (n=149)	3,32 ± .82	2,37 ± .83	2,43 ± .68	2,21 ± .82	3,30 ± .62	2,22 ± .87	3,08 ± .62
	≥ 76 (n=43)	2,25 ± .49	1,81 ± .71	2,19 ± .50	2,21 ± .61	3,28 ± .54	1,77 ± .64	2,94 ± .59
Mujeres (n=631)	1-15 (n=86)	3,88 ± .26	3,02 ± .54	2,92 ± .63	2,53 ± .89	3,11 ± .74	3,15 ± .62	3,06 ± .71
	16-30 (n=102)	3,42 ± .46	2,27 ± .65	2,35 ± .72	1,93 ± .69	2,66 ± .75	2,51 ± .78	2,89 ± .65
	31-45 (n=78)	3,67 ± .29	2,60 ± .57	2,61 ± .60	2,25 ± .63	3,17 ± .63	2,67 ± .63	3,09 ± .57
	46-60 (n=135)	3,51 ± .41	2,52 ± .67	2,34 ± .67	2,00 ± .72	2,93 ± .84	2,15 ± .78	2,72 ± .67
	61-75 (n=157)	3,28 ± .59	2,11 ± .77	2,16 ± .64	1,86 ± .75	2,75 ± .85	2,13 ± .73	2,76 ± .66
	≥ 76 (n=73)	2,38 ± .52	1,78 ± .54	1,83 ± .58	1,93 ± .66	2,87 ± .57	1,76 ± .75	2,78 ± .59

coeficientes de congruencia altamente significativos entre las soluciones factoriales de la versión española adaptada y la versión original germana del instrumento, como expresión de validez²³.

5. RESULTADOS

Las puntuaciones medias de las escalas de CVRS fueron para el grupo total: Escala de Síntomas (Bienestar Físico): 3,52 ± 0,49; Escala I (Función Física): 2,54 ± 0,76; Escala II (Función Psicológica): 2,54 ± 0,70; Escala III (Estado de Ánimo Negativo): 2,24 ± 0,79; Escala IV (Estado Ánimo Positivo): 3,08 ± 0,74, al sumar ambas Escalas, III + IV (Bienestar Psicológico): 2,66 ± 0,76; Escala V (Función Social): 2,45 ± 0,81; Escala VI (Bienestar Social): 2,97 ± 0,65. En general, los hombres presentan puntuaciones finales más elevadas que las mujeres y las diferencias son significativas, entre ambos sexos en todas las escalas (Tabla 4).

Con respecto a la edad, globalmente observamos que las puntuaciones más altas la presenta el grupo de 1-15 años, tanto las niñas como los niños. En este grupo las puntuaciones son muy equilibradas, en tres escalas son más altas las de las niñas y en las otras las de los niños no existiendo diferencias significativas. A partir de aquí los grupos masculinos poseen mejores puntuaciones que los femeninos. Entre el grupo siguiente de 16-30 años, los varones presentan puntuaciones más bajas que el anterior (1-15 años), pero mejoran en los dos siguientes generaciones situándose la akmé entre 46-60 años. A partir de aquí encontramos un descenso paulatino de las puntuaciones en los siguientes grupos de edad a excepción del Bienestar Social que mejora en el grupo de ≥ de 76 años. En las mujeres ocurre prácticamente lo mismo, si bien la akmé se alcanza un poco antes, la generación de 30-45 años. Sin duda, la menopausia influye decisivamente. A partir de aquí la declinación es progresiva encontrándose también una mejora en la escala de Bienestar Social en el último grupo de edad, al igual que en los varones (Tabla 5).

Con respecto al estado civil encontramos que en un análisis general las mejores puntuaciones la presentan los casados en relación a los solteros, separados/divorciados y viudos, con diferencias significativas en casi todas las escalas. Esto probablemente se deba a una vida más equilibrada de la pareja y de la vida en familia. Al estratificar por sexo los grupos encontramos que los separados mejoran el bienestar y la función física y empeoran el bienestar y la función psíquica y social con respecto a los casados. Esto se invierte con respecto a los divorciados que empeoran en relación a los separados. Por otro lado las viudas poseen mejor bienestar físico y función social que los viudos. El grupo de los solteros presentan peores puntuaciones que los casados pero mejores puntuaciones que los demás (Tabla 6).

Al analizar el nivel educativo, observamos mejores puntuaciones en las personas sin ningún



Escala del PECVEEC/PLC	CASADOS		SOLTEROS		SEPARADOS		VIUDOS	
	Hombres n = 428	Mujeres n = 271	Hombres n = 150	Mujeres n = 140	Hombres n = 81	Mujeres n = 90	Hombres n = 30	Mujeres n = 92
(Síntomas)								
Bienestar Físico	3,55±0,49	3,49±0,42	3,63±0,51	3,44±0,46	3,38±0,49	3,14±0,70	2,81±0,74	3,28±0,62
I Función Física	2,72±0,80	2,55±0,76	2,68±0,63	2,22±0,63	2,50±0,78	2,29±0,76	2,21±0,86	1,91±0,69
II. Función Psicológica	2,79±0,63	2,52±0,75	2,68±0,69	2,29±0,70	2,71±0,65	1,94±0,67	2,15±0,65	2,05±0,61
III. * Est. Ánimo Positivo	2,48±0,79	2,18±0,85	2,32±0,74	2,02±0,64	2,30±0,75	1,50±0,66	2,24±0,90	1,87±0,68
IV. * Est. Ánimo Negativo	3,38±0,64	2,95±0,77	3,18±0,69	2,80±0,76	3,26±0,56	2,26±0,97	3,22±0,60	2,82±0,60
V. Función Social	2,61±0,80	2,56±0,89	2,49±0,77	2,39±0,78	2,50±0,77	2,13±0,76	1,98±0,86	2,08±0,74
VI. Bienestar Social	3,17±0,61	2,96±0,67	2,87±0,66	2,87±0,67	3,01±0,74	2,35±0,68	3,00±0,69	2,76±0,66

Rango de todos los ítems: 0 - 4. A mayor puntuación corresponde una mejor calidad de vida en cada escala medida.
*Estado de Ánimo Positivo + Estado de Ánimo Negativo = Bienestar Psicológico.

Tabla 6. Calidad de vida relacionada con la salud. Comparación entre ambos sexos según el estado civil

estudio respecto de los que poseen estudios primarios y/o secundarios, a excepción de las escalas Función y Bienestar social que son más bajas. Los que tienen nivel de formación profesional grado medio y estudios universitarios mejoran paulatinamente en casi todas las escalas.

En cuanto a la evaluación de las preguntas adicionales (factores confusores) encontramos que los hombres tienen el porcentaje de los que cuentan con ayuda de otras personas de la familia más elevado, 93% frente a un 86% de las mujeres. En cambio son las mujeres las que mayoritariamente han tenido un suceso vital influyente que ha cambiado su vida, si bien moderadamente, un 23% frente a un 20% de los varones.

Respecto de la fiabilidad de la información los resultados son satisfactorios. Todas las escalas del instrumento mostraron valores alfa de Cronbach > 0,80 excepción hecha de la escala de Bienestar Social (0,64). El valor promedio del cuestionario PECVEC fue de 0,80 (Tabla 7).

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos respecto de la edad son coherentes con lo que cabe esperarse y coinciden con los descritos por otros autores²⁴. Las mejores puntuaciones la tienen los infantiles de 1-15 años, los jóvenes, grupo de 16-30 años, tienen peores puntuaciones que los de más edad y

Tabla 7. Composición y consistencia interna del perfil de calidad de vida en enfermos crónicos (N = 1356)

ESCALAS DEL PECVEEC/PLC	NÚMERO DE ÍTEMS	COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH
Listado de Síntomas *	17	-,-
I. Función Física	8	0,84
II. Función Psicológica	8	0,82
III. Estado de Ánimo Positivo **	5	0,83
IV. Estado de Ánimo Negativo **	8	0,86
V. Función Social	6	0,80
VI. Bienestar Social	5	0,64

* Listado de Síntomas = Bienestar Físico.

** Estado de Ánimo Positivo + Estado de Ánimo Negativo = Bienestar Psicológico.



este hecho pone en evidencia lo descrito por los escritores de la "crisis de la juventud". Esto puede relacionarse con procesos específicos del desarrollo de la personalidad, de la integración laboral y de la estabilización de las relaciones sociales. Es a partir de los 30 y hasta los 45 cuando el hombre encuentra la estabilización y realización personal que se mantiene hasta los 60. Las mujeres ven truncado este ascenso en su Calidad de Vida debido a la menopausia que le produce un descenso de todas las escalas entre los 46-60 años.

Con respecto a las diferencias según el sexo ocurre algo parecido, los hombres tienen mejor calidad de vida que las mujeres sin que esté totalmente aclarada la razón exacta de ello²⁵⁻²⁶. Se cree que las condiciones de valoración social de la mujer y su mayor sensibilidad pudieran ser los responsables. Los resultados coinciden con los descritos por los autores del instrumento en población de países centroeuropeos donde se aplicó la versión original del instrumento^{21-22,26}. Ahora bien, no hay que olvidar que las mujeres tienen una mayor sensibilidad corporal que los hombres y su vida psíquica está más fundida con las diferencias encontradas. La somatización de los problemas es probablemente lo que explique estas diferencias.

Las mejores puntuaciones de los que viven en pareja y los casados frente a los solteros, separados/divorciados y viudos pone de manifiesto el papel integrador del núcleo familiar. La organización y responsabilidades de la vida colectiva genera una infraestructura que amortiza muchos de los problemas de la vida cotidiana. Los niveles educativos reflejan que donde afecta más la instrucción en la calidad de vida es en las esferas sociales, mejorando a medida que aquella es mayor. Esto lógicamente está relacionado con los objetivos laborales de cada uno y con el enriquecimiento personal. La suficiente consistencia interna del test le convierte en una herramienta útil y válida para el estudio y la comparación entre grupos y su uso tanto en estudios epidemiológicos como clínicos.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Villalba, Joaquín de, *EPIDEMIOLOGÍA ESPAÑOLA, o historia cronológica DE LAS PESTES, CONTAGIOS, EPIDEMIAS Y EPIZOOTIAS que han acaecido en España desde la venida de los Cartagineses hasta el año 1801, Edición Facsímil, Imprenta de la Universidad de Málaga, Málaga, 1984.*
- 2.- Hipócrates, *Epidemias, Editorial Gredos, S.A., Madrid, 1989.*
- 3.- Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española, Espasa Calpe, S.A. Madrid, 1992.*
- 4.- Frost W.H. *Epidemiology, en: Papers of Wade Hampton Frost, M.D.K.E. Maxcy, de., New York: The commonwealth Foundation, 1941.*
- 5.- Last J.M. *A dictionary of Epidemiology, Oxford University Press, New York, 1988.*
- 6.- Terris M. *La revolución epidemiológica y la medicina social, Siglo Veintiuno Editores, México, 1980.*
- 7.- Instituto Nacional de Estadística. *Censo de Población de España 1991, Madrid 1993.*
- 8.- Hipócrates. *Sobre los aires, aguas y lugares, Editorial Gredos, S.A., Madrid 1986.*
- 9.- Cicerón, Marco Tulio, *Las Leyes (De-Legibus), Alianza Editorial, S.A., Madrid 1989.*
- 10.- Organización Mundial de la Salud, *Documentos Básicos, O.M.S. 39ª de., Ginebra, 1989.*

- 11.- Naciones Unidas, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, Editorial Ciencia Nueva, S.L., Madrid, 1968.
- 12.- Cortes Españolas, *Constitución Española*, boletín Oficial del Estado, Madrid, 1978.
- 13.- WHO Europe, *Regional Strategy for Health For All by the Year 2000*, EUR/RC 3018, rev 1. WHO, Copenhagen, 1981.
- 14.- Bernar, Claude, *Introducción al estudio de la Medicina Experimental*, Editorial Fontanella, Barcelona, 1976.
- 15.- Dubós R., *Man, Medicine and Environment*, Mentor, New York, 1969.
- 16.- Dubós R., *El espejismo de la Salud*, Fondo de Cultura Económica, México, 1975.
- 17.- Paul J.R., *Clinical Epidemiology*, *J Clin Invest* 1938; 17: 539-541.
- 18.- Weiss N.S., *Clinical Epidemiology: The study of the outcome of illness*, Oxford University Press, New York, 1986.
- 19.- Sackett D.L., *Clinical Epidemiology*, *Am J Epidemiol* 1969; 89: 125-128.
- 20.- Badía X., Salamero M., Alonso J., Ollé A.: *La medida de la salud: Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: PPU, 1996.
- 21.- Siegrist J., Broer M., Jung A.: *Profil der Lebensqualität Chronischer Kranken (PLC)*. Manual, Beltz Test GmbH, Göttingen, 1996.
- 22.- Fernández-López J.A., Hernández-Mejía R.: *Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)*. Versión española del *Profil der Lebensqualität bei Chronischen Kranken* de Siegrist, J., Broer, M y Junge, A. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, 1997.
- 23.- Fernández-López J.A., 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 Clín (Barc)* 1997; 109: 245-250.
- 24.- Hunt S.M., McEwen J., McKenna S.P.: *Perceived health: age and sex comparisons in a community*. *Journal of Epidemiology and community Health* 1984; 38: 156-160.
- 25.- Fernández-López J.A., Siegrist J., Hernández-Mejía R., Broer M., Cueto-Espinar A.: *Study of quality of life on rural hypertensive patients. Comparisons with the general population of the same environment*. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 1373-1380.
- 26.- Laubach W., Schröder C.H., Siegrist J. und Brähler E.: *Norwürdig der Skalen "Profile der Lebensqualität Chronisch Kranker" an einer repräsentativen Stichprobe der deutsche Bevölkerung*. *Med Psychologie*, 1998 (En prensa).



Hernández Mejía R, Fernández López JA, Rancaño García I. Epidemiología y Calidad de Vida. Comparación entre Variables Sociodemográficas. En: Gil V, Merino J, Quirce F, Orozco D, Editores. Investigación y Práctica Clínica. Módulo 2. Madrid: Arthur S.A.-Gráficas Robel, pag. 249-259, 1999 (ISBN 84-88325-04-5).