

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN UN GRUPO de enfermos de Diabetes Mellitus atendidos en un C.S.

Juan Antonio Fernández-López^{1,2} Domingo Orozco-Beltrán³
Iván Rancaño-García² y Radhamés Hernández-Mejía²

¹Centro de Salud de Riosa, Instituto Nacional de la Salud, INSALUD (Asturias); ²Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Oviedo y ³Departamento de Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Alicante.

I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha aumentado considerablemente en los últimos años debido a su inclusión en los ensayos clínicos y en la investigación de los servicios sanitarios como una variable de resultados más refinada que los indicadores tradicionales (morbilidad, expectativa de vida, etc). A partir de estos indicadores –que describen grados y severidad de las patologías valiéndose de informes patológicos (v.gr., fracciones de eyección en las enfermedades cardíacas) o de laboratorio (v.gr., mgr% de azúcar en sangre de los diabéticos)– se ha progresado a la evaluación del *cómo* perciben los pacientes su estado general de salud y de *cuál* es su capacidad de actuación para seguir haciendo “lo de siempre”^[1-3].

Con el término “calidad de vida relacionada con la salud”(CVRS) nos referimos aquí, de manera resumida, a la **capacidad de actuación** (funcionalismo) y a la **sensación de bienestar** de los pacientes afectados de forma crónica, tal y cómo ellos la experimentan de manera subjetiva^[3-4]. Por esta razón, algunos autores proponen llamarla “salud subjetiva”^[5].

Para nuestro caso, ambos términos son intercambiables y conllevan dos propósitos esenciales:

- el primero, permitir que el paciente dé su opinión (la calidad de vida es algo que sólo el propio paciente puede comentar y que no se puede medir desde fuera), y
- el segundo, descubrir diferencias individuales cualitativas gracias a un instrumento de medida estandarizado y usarlas con fines científicos y prácticos.

De esta manera, las medidas del estado de salud autocumplimentadas por el paciente se han transformado en herramientas de investigación de los servicios sanitarios y en una evidencia científica de resultados^[6]. El acuerdo entre los investigadores acerca del marco multidimensional del concepto “calidad de vida” y los importantes avances metodológicos en este campo de la investigación, durante los últimos años, han permitido poner a disposición del médico nuevos métodos de medida bien documentados psicométricamente^[1,4,5,7-10].

En nuestra lengua existen diversos instrumentos de evaluación de la calidad de vida. La mayoría son adaptaciones de herramientas extranjeras y el grado de adaptación y de evaluación de la equivalencia transcultural es variable^[11]. Son excepcionales, en nuestro país, las evaluaciones de la CVRS tanto con fines epidemiológicos como clínicos. Sin embargo, en muchos protocolos de evaluación clínica de pacientes crónicos –como los dia-

béticos– resulta fácil encontrar la recomendación “mejorar la calidad de vida del enfermo”. No obstante, muy pocos de esos protocolos se plantean medir científicamente la calidad de vida, seguir su evolución en el tiempo y, de este modo, evaluar la eficacia de las intervenciones sanitarias.

Resulta, pues, necesario profundizar en esta área de la investigación de la salud y acumular información proveniente del enfermo que, añadida a los datos biomédicos tradicionales, facilite una mejor comprensión de las enfermedades crónicas y permita aumentar las expectativas terapéuticas y pronósticas de estas patologías^[12].

En base a los supuestos expresados más arriba hemos planeado el presente estudio con los siguientes objetivos:

- 1.- Comprobar estadísticamente la validez y la fiabilidad de una herramienta modular de medida de la CVRS, en este tipo de pacientes crónicos, estableciendo puntuaciones de calidad de vida en ésta población, y
- 2.- Comparar las puntuaciones de CVRS de los diabéticos con las de la población general y las de los hipertensos de la misma localidad, investigadas en estudios previos por nuestro grupo, estableciendo, así, el grado de afectación comparativo de la enfermedad diabética.



TABLA 1. Características Sociodemográficas de los pacientes diabéticos investigados (n=42) y principales Factores de Confusión

Edad Media (DE):	58.25 años (12.6)
Varon/Mujer:	21/21
Diabetes Tipo I/II:	5/39
Promedio Años Evolución:	10 años
Obesidad (IMC>30):	53%
Hipertensión Arterial:	48%
Vive en Pareja:	71.43 %
Trabajando:	42.86 %
Estado Civil:	
Casado:	29 (73.7 %)
Separado:	3 (7.13 %)
Soltero:	2 (4.75 %)
Viudo:	8 (23.7 %)
Nivel Educativo:	
Ninguno:	5 (11.89 %)
Est. Primarios:	33 (78.56 %)
Bachillerato:	2 (4.75 %)
Formac. Profes.:	1 (2.3 %)
Tecn. Grado Medio:	1 (2.3 %)
Universitario:	0 (0 %)

DE= Desviación Estandar IMC= Índice de Masa Corporal

FACTORES DE CONFUSIÓN MAS IMPORTANTES CONTROLADOS EN EL MOMENTO DE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

- ◆ Presencia de Apoyo Social Primario: 97.5 %
- ◆ Ausencia de Eventos Vitales Influyentes en los últimos 6 meses: 82.93 %
- ◆ Ausencia de Problemas Agudos en el momento del registro: 82.8 %

3.- Como objetivo secundario, comprobar la practicabilidad de incluir las mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en los controles rutinarios de los pacientes diabéticos de una consulta de Atención Primaria.

El estudio fue realizado en el primer semestre de 1998 en el municipio de Riosa (Asturias), de características rurales y economía minera y una población total de 2.613 habitantes. La asistencia médica se realiza en el único Centro de Salud de la localidad y toda la población tiene acceso a idéntico nivel de cuidados sanitarios.

II. PACIENTES Y MÉTODOS

Selección de los sujetos:

Del total de pacientes diabéticos conocidos en la zona y que reciben asistencia médica en el Centro de Salud (5% de la población general adulta), se seleccionaron 42 pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus siguiendo los siguientes criterios:

- (a) Diabetes Mellitus tipo I y II conforme a los criterios diagnósticos de la enfermedad establecidos y aceptados en 1985 por la OMS^[3].
- (b) Edad entre 14 y 70 años.
- (c) Diagnóstico de más de 1 año de antigüedad.
- (d) Vivir en la zona en el momento del estudio.

Se investigaron todos los pacientes que reunían estos criterios independientemente de la comorbilidad existente o el tipo de tratamiento seguido. Nuestro interés estaba en estudiar en conjunto estos enfermos con sus específicas características de grupo crónico.

Características de los sujetos:

La Tabla 1 muestra las condiciones sociodemográficas de los 42 sujetos investigados y los factores mayores de confusión. La edad media a la entrada en el estudio es 58,25 con una Desviación Estándar (DE) de 12,6 años. El porcentaje por sexos es del 50%. El 53% presentaba obesidad (IMC>30) y el 48% hipertensión arterial confirmada. El promedio de años de evolución de la enfermedad es 10. Más del 70% de los pacientes estan casados, viven en pareja y tiene Estudios Primarios. El porcentaje de analfabetismo

es del 11%. Están trabajando el 42,86% y el resto son jubilados.

Medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

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 es el llamado método PLC (*Profil der Lebensqualität Chronisch Kranker / Profile of Life quality in the Chronically ill*) desarrollado en Alemania a principios de los años 90. Este método enfatiza una comprensión de la salud bio-psico-social en base a dos dimensiones básicas: el Bienestar y la Capacidad de Actuación del individuo. El instrumento ha demostrado, en su versión original, un modelo conceptual sólido, una baja carga o molestia, buena aceptabilidad y excelentes propiedades psicométricas^[3,4,14,15]. La versión adaptada al castellano se denomina Perfil de Calidad de Vida en

Enfermos Crónicos (PECVEC) y ha mostrado validez y fiabilidad suficiente en estudios previos^[6,16-18]. Como norma general el PECVEC está establecido como un cuestionario autoadministrable. En casos justificados, de manera excepcional, la recogida de la información puede hacerse mediante entrevista personal o por correo.

El cuestionario que consta de un módulo genérico de 40 ítems se completó, en este estudio, con un listado de 20 síntomas específico de Diabetes Mellitus desarrollado en un contexto de especialistas clínicos y científicos para someterlo a



comprobación estadística. En la hoja de la cubierta del cuestionario se dan las instrucciones necesarias para evitar errores a la hora de responder las cuestiones o ítems. Los ítems, tipo *Likert*, con categorías de respuesta en intensidad como "nada en absoluto, un poco, moderadamente, mucho, muchísimo" y en calidad como "nada en absoluto, malamente, moderadamente, bien, muy bien". Todos los ítems se refieren a cómo se sintieron los pacientes en los últimos 7 días y tienen un rango de 0 a 4, resultando las puntuaciones de las escalas de calidad de vida como las medias de los correspondientes ítems donde puntuaciones medias más altas indican mejor calidad de vida.

En conjunto se evalúan 7 dimensiones relevantes de la 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 Animo Positivo (5 ítems). Comprende la animosidad positiva: atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc.

IV. Estado de Animo 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.

El módulo específico de síntomas de enfermedad evalúa la 7ª dimensión conceptual relevante: el Bienestar Físico.

Además el cuestionario consta de 3 cuestiones que investigan los factores de confusión mayores: apoyo social, eventos vitales influyentes y problemas agudos; 1 pregunta

abierta que explora la función sexual y una básica de cuestiones sociodemográficas.

Recogida de datos

El cuestionario fue aplicado en modo autocumplimentado durante las visitas programadas de los pacientes al Centro de Salud. En los casos necesarios (analfabetismo) el registró se llevó a cabo mediante entrevista personal realizada por el personal sanitario responsable de la asistencia. Previamente el paciente fue informado del estudio y manifestó su conformidad. Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron investigados en su calidad de vida. No hubo, por lo tanto, rechazos ni abandonos. La medición se llevó a cabo antes de las correspondientes exploraciones clínicas y posteriormente el sanitario

encargado comprobó la completa cumplimentación del cuestionario y recogió la opinión del paciente acerca del contenido de las preguntas, la dificultad de rellenado y la conveniencia de la medición. El tiempo promedio invertido para rellenar el cuestionario fue de 13 minutos y el porcentaje de ítems no respondidos <2%.

A pesar de realizarse sucesivas mediciones a lo largo del tiempo los resultados mostrados aquí corresponden a la primera medición.

Análisis estadístico

Las respuestas fueron evaluadas con la ayuda de un programa estadístico integral desarrollado para este cuestionario por los autores de la versión española del PECVEC® en el Área de Medicina Preventiva de la Universidad de Oviedo. Este paquete estadístico permite múltiples

TABLA 2. Frecuencia de los Síntomas Físicos investigados como expresión del Bienestar Físico de los pacientes diabéticos (n=42)

1. Dolores musculares:	66%
2. Hambre:	66%
3. Alteraciones del sueño:	61%
4. Claudicación intermitente:	46%
5. Dolor en los pies:	45%
6. Disminución de la agudeza visual:	45%
7. Hormigueo en los pies:	41%
8. Adormecimiento/entumecimiento:	41%
9. Fatiga o ahogo tras ejercicio suave:	40%
10. Sudoración fría:	40%
11. Hinchazón de pies o tobillos:	40%
12. Alteraciones sexuales:	36%
13. Nervios en el estómago:	36%
14. Sed:	36%
15. Mareos:	35%
16. Poliuria:	35%
17. Dolor de Cabeza:	21%
18. Pérdida del apetito:	20%
19. Temblores:	11%
20. Desmayo:	6%



ESCALAS	Nº Ítems	% Techo	% Suelo	Alfa de Cronbach
I. Función Física	8 ítems	0	0	0,88
II. Función Psicológica	8 ítems	0	0	0,73
III. Estado de Ánimo Positivo	5 ítems	0	0	0,78
IV. Estado de Ánimo Negativo	8 ítems	2,3	0	0,82
V. Función Social	6 ítems	0	0	0,64
VI. Bienestar Social	5 ítems	2,3	0	0,62

TABLA 3. Composición, Efectos Techo-Suelo y Consistencia Interna de las escalas del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC) (n=42)

funciones: cálculo de las puntuaciones 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, etcétera.

Por este medio, se calculó la distribución de las puntuaciones medias y la desviación estándar en todas las escalas, la proporción de individuos con al puntuación máxima (efecto techo/*ceiling effect*) y la proporción de individuos con la puntuación mínima (efecto suelo/*floor effect*) para cada dimensión y el porcentaje de ítems no respondidos. La fiabilidad o consistencia interna del cuestionario se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach para cada escala¹⁹. 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 4 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. En general, se considera que valores superiores a 0,7 son satisfactorios.

Como expresión de la validez discriminante del cuestionario se utilizó la comparación de medias entre

grupos utilizando para ello el test de la *t-Student*.

III. RESULTADOS

Síntomas Físicos (Bienestar Físico)

La frecuencia de 20 síntomas físicos investigados aparece en la [Tabla 2](#). Los síntomas más predominantes son "sensación de hambre" y "dolores musculares" con una frecuencia del 66% seguido de cerca por las "alteraciones del sueño" (61%). A continuación, aparecen la "claudicación intermitente", la "disminución de la agudeza visual", el "dolor en los pies" y el "hormigamiento o entumecimiento de alguna parte del cuerpo" con porcentajes entre 46 y 41%. En menor proporción los diabéticos refieren "hinchazón de pies", "fatiga o ahogo" y "sudoración fría" (40%). Las "alteraciones sexuales", la "sed", los "nervios en el estómago", la "poliuria" y los "mareos" se observan en un 36-35% y, por último, los síntomas menos frecuentes, a saber: "dolor de cabeza" y "pérdida de apetito" (21 y 20% respectivamente), los "temblores" (11%) y el "desmayo" (6%).

Consistencia Interna y Control de Factores de Confusión

La [Tabla 3](#) muestra la composición del PECVEC, los efectos Suelo y Techo y los coeficientes alfa de Cronbach de cada escala. Los por-

centajes de Techo y Suelo fueron muy bajos, variando entre 0 y 2,3 y los coeficientes alfa de Cronbach oscilaron entre 0,62 (Bienestar Social) y 0,88 (Función Física), con un valor promedio de 0,75.

Los factores de confusión -moderadores de las magnitudes de calidad de vida- controlados a través del cuestionario, a saber: presencia de apoyo social primario, ausencia de eventos vitales influyentes y ausencia de problemas agudos de salud en el momento del registro se encontraron en un porcentaje >80%.

Resultados de calidad de Vida

Grupo de diabéticos investigados. En la [Tabla 4](#) se muestran las puntuaciones finales de calidad de vida del grupo bajo estudio separadas según sexo y grupo de edad. Globalmente, las puntuaciones son más elevadas en los hombres que en las mujeres en Síntomas Físicos (3,29/3,11), Función Física (2,42/2,19) y Funcionamiento Psicológico (2,44/2,34). Sin embargo, ocurre lo contrario, esto es, mejor calidad de vida en las mujeres que en los hombres en las escalas de Ánimo Positivo (1,76/1,73) y Ánimo Negativo (2,99/2,87), Bienestar Social (2,49/2,11) y Función Social (3,06/2,88), siendo en ésta última dimensión la diferencia altamente significativa.

Para el estudio según la edad,



Escalas del PECVEC	Total n=42	Hombres n=21	Mujeres n=21	Hombres ≤59 años (n=11)	Mujeres ≤59 años (n=8)	Hombres >=60 años (n=10)	Mujeres >=60 años (n=13)
(SÍNTOMAS)							
Bienestar Físico	3,19±0,6	3,29±0,6	3,11±0,4	3,37±0,7	3,18±0,4	3,22±0,6	3,07±0,5
I. Función Física	2,29±0,7	2,42±0,8	2,19±0,6	2,51±0,7	2,57±0,5	2,33±0,7	1,99±0,6
II. Función Psicológica	2,38±0,5	2,44±0,5	2,34±0,5	2,49±0,5	2,40±0,4	2,39±0,5	2,30±0,5
III. * Estado Ánimo Positivo	1,74±0,6	1,73±0,7	1,76±0,6	1,72±0,7	1,95±0,6	1,73±0,7	1,66±0,6
IV. * Estado Ánimo Negativo	2,94±0,6	2,87±0,6	2,99±0,6	2,84±0,7	3,32±0,4	2,90±0,5	2,82±0,6
V. † Función Social	2,32±0,6	2,11±0,5	2,49±0,5	2,15±0,6	2,73±0,5	2,07±0,5	2,36±0,5
VI. ‡ Bienestar Social	2,98±0,5	2,88±0,4	3,06±0,5	2,89±0,5	3,21±0,5	2,88±0,4	2,99±0,5

Los valores dados son medias y DEs. 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 Ánimo Negativo = Bienestar Psicológico. 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 diabéticos bajo estudio. Descripciones por sexo y grupo de edad.

dado el escaso número de sujetos investigados, los pacientes se dividieron en dos grupos –en torno a la edad media del grupo-, a saber: menores y mayores de 60 años. Por debajo de los 60 años se confirma el patrón descrito anteriormente, si bien en forma más acusada, alcanzándose diferencias significativas, además, en Estado de Ánimo Negativo y en Bienestar Social. Por encima de los 60 años las diferencias entre sexos ocurren en la misma forma descrita, pero en grado menos marcado; únicamente se observan diferencias significativas favorables a las mujeres en Función Social.

Validez relacionada con otros grupos. Las puntuaciones de calidad de vida de los diabéticos fueron comparadas con las obtenidas en un grupo de 201 hipertensos (tipos I y II de la OMS) y en otro de población general (n=796) del mismo rango de edad e idénticas condiciones sociodemográficas investigados previamente por los autores con el mismo instrumento. Los datos, en parte, proceden de observaciones no publicadas. Las puntuaciones de los diabéticos fueron en todas las

escalas significativamente menores que las de la población general a excepción hecha de la Función y el Bienestar Social. En relación con los hipertensos, los diabéticos presentan puntuaciones menores en todas las escalas excepto en las dimensiones sociales, donde refieren mejores resultados siendo éstos significativamente más altos en Función Social. Por lo que hace a la carga sintomática (Bienestar Físico) el deterioro de los diabéticos es significativo frente a la población general y a los pacientes con hipertensión arterial (HTA). Los resultados de la comparación se muestran en la Tabla 5

En el presente trabajo también se pretendía, como objetivo de orden secundario, valorar la practicabilidad de incluir las medidas de la calidad de vida en los programas de control rutinario de los pacientes diabéticos de un Centro de Salud. Por un lado, la experiencia resultó positiva tanto desde la perspectiva del paciente como desde la del sanitario. La autocumplimentación del cuestionario por parte del paciente antes de acudir a la corres-

pondiente consulta programada apenas supuso trabajo añadido para los sanitarios. Únicamente breves interrupciones fácilmente superables –verificar que el cuestionario estaba cubierto en su totalidad, explicaciones puntuales, entrevista personal en los analfabetos. El paciente aceptó de buen grado la colaboración y manifestó su satisfacción por la posibilidad de aportar información adicional acerca de su enfermedad, habitualmente no registrada, en el contexto médico tradicional. El grado de comprensibilidad del cuestionario fue satisfactorio con un porcentaje de ítems no respondidos muy bajo.

IV. DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos son las esperadas de una población rural de esa edad. Los porcentajes de trabajadores en activos, casados y con estudios primarios son lo que cabría esperar y reflejan perfectamente la realidad. La comorbilidad de obesidad e hipertensión arterial es similar a la descrita en la literatura. La ausencia de factores mode-



radores de la calidad de vida en el 82-97% de los sujetos apoya la idea de que las puntuaciones finales obtenidas corresponden a las propias de la enfermedad diabética y no a las inducidas por otros factores de confusión que pudieran concurrir.

La sintomatología encontrada coincide con la descrita en los manuales de medicina interna, especialmente en pacientes con diabetes tipo II con un largo período de evolución y con la presencia de factores de riesgo asociados como la obesidad o la hipertensión arterial, lo que apoya indirectamente la validez del módulo específico de síntomas. Los síntomas están en relación, sobre todo, con la presencia de complicaciones neuropáticas, retinopáticas o vasculares²¹¹. Las frecuentes alteraciones del sueño (61%) encontradas en los pacientes diabéticos son mayores a las descritas, previamente por nosotros, entre la población hipertensa de esa misma comunidad (59%) y claramente superiores que las encontradas entre la población general de ese mismo medio (51%). Lo mismo acontece en el caso de otros sínto-

mas clínicos -coincidentes con los registrados en los hipertensos-, a saber: fatiga o ahogo, disminución de la visión, mareos, alteraciones sexuales y edemas de tobillo, los cuales aparecen en los diabéticos con mayor frecuencia que en los hipertensos y que en la población general¹⁶¹. Ello explica, aparte de las manifestaciones clínicas específicas, el menor grado de bienestar físico de que gozan los diabéticos respecto de los otros dos grupos de población citados. El problema sanitario de las frecuentes alteraciones del sueño debería gozar de mayor consideración entre los clínicos dada su importancia demostrada en la génesis de enfermedad cardiovascular¹²²¹.

El cuestionario PECVEC demostró excelentes efectos techo y suelo en todas las escalas. No alcanzó nunca los efectos estándares establecidos para este tipo de instrumentos de medida ($\leq 15\%$)²⁰¹. La consistencia interna o fiabilidad del cuestionario fue considerada suficiente al superar el dintel estándar de 0,70 en la mayoría de las escalas. El coeficiente promedio del test fue de 0,75. Sólo las escalas de Función y Bie-

nestar Social, con coeficientes 0,64 y 0,62 respectivamente, estuvieron por debajo de tal exigencia. Tales resultados sustentan la suficiente precisión del cuestionario para realizar comparaciones entre grupo¹¹⁹⁻²⁰¹.

En lo relativo a las puntuaciones finales de calidad de vida de los diabéticos encontramos un hecho sobresaliente y, por ello, no coincidente con el patrón esperado de las puntuaciones según el sexo. Es un hecho demostrado suficientemente que la calidad de vida es más alta en hombres que en mujeres y que decrece al correr la edad^{14,16,181}; las razones presumibles de ello han sido explicadas en otra parte^{118,23,241}. Ahora bien, y aquí viene el hecho diferencial, este esquema general de hechos se reproduce entre los diabéticos sólo en parte y las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres en Bienestar Psicológico (Est. Ánimo Positivo y Negativo) y en Bienestar y Funcionamiento Social. Un hecho como este, nos pone sobre la pista de unos específicos rasgos en la personalidad y en la conducta de enfrente ante la vida de las mujeres diabéticas. ¿Podría esto sugerir que un

COMPARACIÓN ESCALAS DEL PECVEC	POBL. GRAL		HIPERTENSOS (30-70 años)		DIABÉTICOS	
	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3	
	Medias (DE)		Medias (DE)		Medias (DE)	
	(n=726)	(n=263)	(n=72)	t ₂	t ₃	t ₂₃
BIEN. FÍSICO (SÍNTOMAS)	3,62 (.4)	3,55 (.3)	3,19 (.6)	*	***	***
I. CAPACIDAD FÍSICA	2,62 (.7)	2,55 (.6)	2,29 (.7)	NS	***	***
II. FUNCIÓN PSICOLÓGICA	2,57 (.7)	2,39 (.6)	2,38 (.5)	***	***	NS
III. EST. ÁNIMO POSITIVO	2,26 (.7)	2,07 (.6)	1,74 (.6)	***	***	***
IV. EST. ÁNIMO NEGATIVO	3,16 (.7)	3,09 (.8)	2,94 (.6)	NS	**	*
V. FUNCIÓN SOCIAL	2,42 (.8)	2,10 (.6)	2,32 (.6)	***	NS	*
VI. BIENESTAR SOCIAL	2,99 (.6)	2,72 (.5)	2,98 (.5)	***	NS	NS

Los valores dados son medias y Desviaciones Estándar (DE). Rango de todos los ítems = 0-4. A mayor puntuación corresponde una mejor calidad de vida. NS= No Significación; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

TABLA 5. Comparación de la calidad de vida entre diferentes grupos



determinado carácter o manera de ser la mujer, con referencia a su actitud y reacciones frente a la vida en general y en su trato con otras personas –baja tendencia a la depresión, buen humor, equilibrio emocional, buena relación en la familia y con los amigos, extroversión y actitud abierta a los demás– predice el padecimiento de la enfermedad diabética? Dada la ausencia de información biomédica relacionada, el diseño transversal del presente estudio y el escaso número de mujeres investigadas hacen que estos hallazgos e interpretaciones deban tomarse con cautela. Se desprende de aquí, pues, la necesidad de recomprobar estos hallazgos repetidamente en muestras más amplias de pacientes y en estudios longitudinales. En otro orden de cosas, los datos también indican que las mujeres aceptan mejor que los hombres la enfermedad diabética y que la tendencia a la depresión es en ellos significativamente más alta, especialmente por debajo de los 60 años.

En relación a las variaciones debidas a la edad se comprueba que las puntuaciones decrecen al envejecer y esto es coherente con lo que cabe esperar. Las dimensiones menos afectadas con los años son las sociales y las mujeres reproducen el patrón descrito más arriba a lo largo de todas las edades.

Comparativamente con la hipertensión arterial, la diabetes supone, en general, una mayor afectación de la calidad de vida, si bien en otro modo que aquélla. En los diabéticos ocurre un deterioro significati-

vamente mayor que en los hipertensos en las áreas físicas (Bienestar y Función Física) y en Bienestar Psicológico. Por el contrario, la HTA supone mayor afectación que la diabetes en los aspectos sociales: Bienestar y Función social, esferas que la diabetes apenas deteriora y donde las puntuaciones son similares a las de la población general. En relación con el Funcionamiento Psicológico (capacidad de disfrute y de relajación) ambas enfermedades crónicas conllevan un deterioro similar de la persona.

Resulta problemática la comparación de estos hallazgos con los descritos en otros estudios internacionales dada la diversidad de herramientas de medida de CVRS utilizadas. La mayoría de los estudios de calidad de vida en población diabética buscan la relación entre el grado de control metabólico y/o de complicaciones y las puntuaciones de calidad de vida. Así, se ha podido confirmar una alta correlación entre un buen control metabólico de la diabetes y una mejor calidad de vida^[25,26]. Ahora bien, desde un punto de vista epidemiológico se ha podido demostrar, en diferente forma, el mayor deterioro de los diabéticos comparativamente con la población adulta de edad media no diabética cuando la dimensión investigada era el Bienestar Psicológico^[27]. Otro estudio confirmó el deterioro de los diabéticos frente a la población general en todas las dimensiones de calidad de vida exploradas con el Nottingham Health Profile^[28] y otra investigación realizada en centros de Atención

Primaria suecos demuestra que los pacientes diabéticos sufren un deterioro significativo de la calidad de vida, respecto de la población general, a excepción de lo tocante a las dimensiones sociales^[29]. Tales hallazgos coinciden con los descritos aquí por nosotros y apoyan, por tanto, indirectamente su validez.

A pesar de las limitaciones inherentes a esta área novedosa de la investigación de la salud, los presentes resultados muestran que la evaluación de la calidad de vida puede ser incorporada en la práctica rutinaria de los pacientes crónicos en Atención Primaria y que el PEC-VEC es un instrumento de medida adecuado para ese fin. Los autores llevan trabajando varios años en el proceso de adaptación y validación transcultural del cuestionario PEC-VEC a nuestra lengua y cultura mediante su comprobación estadística en diferentes grupos de población. El presente estudio, pues, se enmarca dentro del contexto de esa misma investigación.

En este sentido, la presente investigación ha de ser vista como un punto de partida importante para una mejor evaluación y comprensión del estado de salud de los pacientes crónicos y como arranque de futuras investigaciones que confirmen y amplíen los hallazgos aquí descritos.

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos a la enfermera Teresa Bodes Tartón su colaboración en el registro de los datos de calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Stewart, AL., Ware, JE. (Eds): Measuring functioning and Well-Being. The medical outcomes study approach. *Durham and Londres: Duke University Press*; 1992.
- 2.- Testa, MA., Simonson, DC.: Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334: 835-840.
- 3.- Siegrist, J., Broer, M., Junge, A.: Profil der Lebensqualität Chronisch Kranker (PLC). *Göttingen: Hogrefe Verlag*; 1996.
- 4.- Siegrist, J., Broer, M y Junge, A.: Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). *Versión española del PLC. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo*; 1997.
- 5.- McDowell, I., Newell, C.: Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires. *New York: Oxford University Press*; 1987.
- 6.- Fernández-López JA. La medición de la calidad de vida en salud: una evidencia científica de resultados. En: *Manual de Medicina Basada en la Evidencia*. Madrid: Jarpio Ed. S.A.; 1998: 165-180.
- 7.- Fernández-López, JA. Los estudios de calidad de vida en Atención Primaria. En: *Biblioteca Básica Dupont Pharma para el Médico de Atención Primaria* (VI). Madrid: Dupont Pharma; 1998: 69-89.
- 8.- Fernández-López, JA., Hernández-Mejía, R y Cueto-Espinar, A.: La calidad de vida. Un tema de investigación necesario. Concepto y método (I). *Medicina Integral* 1996;27: 27:75-78.
- 9.- Fernández-López, JA., Hernández-Mejía, R y Cueto-Espinar, A.: La calidad de vida. Un tema de investigación necesario. Validez y beneficios (II). *Medicina Integral* 1996;27: 27:116-121.
10. Bowling, A. La Medida de la Salud. Revisión de las Escalas de la Calidad de Vida. *Barcelona: Masson*; 1994.
- 11.- Badia X., Salamero, M., Alonso, J y Ollé, A.: La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. *Barcelona: PPU*; 1996.
12. Fernández-López JA. El papel de la calidad de vida como predictor en el pronóstico de las enfermedades crónicas. En: *Actualización en Atención Primaria*. Madrid: You & Us Ed; 1999 (en prensa).
- 13.- Technical Report Series nº 727. Diabetes mellitus. *Ginebra: WHO*; 1985.
- 14.- Junge, A., Fünfstück, G., Siegrist, J.: Kurzberichte über neue diagnostische Verfahren. *Diagnostica* 1990; 36: 353-358.
- 15.- Siegrist J, Middeke M, Osterkon K: Lebensqualität hypertensiver Ärzte unter Hochdrucktherapie. *Randomisierte Doppelblindstudie an 237 Ärztinnen und Ärzten mit Bluthochdruck. Fortschr Med* 1991; 109:348-352.
- 16.- Fernández-López, J.A., 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: 1373-1380.
- 17.- 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 Clin (Barc)* 1997;109: 245-250.
- 18.- Fernández-López JA, Rancaño García I, Hernández-Mejía R. Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. *Psicothema* 1999; 2: 293-303.
- 19.- Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric Theory. *New York: McGraw-Hill*; 1994.
- 20.-McHorney Ca, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: Are available health status surveys adequate? *Qual Life Res* 1995; 4:293-307.
- 21.- Wyngaarden JB & Smith LIH: Tratado de Medicina Interna de Cecil. *Madrid: Emalsa S.A.*; 1986.
- 22.- Siegrist J. Impaired quality of life as a risk factor in cardiovascular disease. *J Chron Dis* 1987; 4: 571-578.
- 23.- Fernández-López JA, Gil V, Rancaño-García I, Gómez de la Cámara A y Hernández-Mejía R: Calidad de vida de un grupo de Médicos de Familia españoles. *Medicina Integral* 1999 (en prensa).
- 24.- Ortega y Gasset J. La percepción del prójimo (1929). En: *Obras Completas. Tomo VI. Madrid: Alianza Editorial. Revista de Occidente*; 1983:158-163.
- 25.- Wikblad K, Leksell J, Wibell L. Health-related quality of life in relation to metabolic control and late complications in patients with insulin dependent diabetes mellitus. *Qual Life Res* 1996; 5(1): 123-130.
- 26.- Klein R, Klein BE: Relation of glycemic control to diabetic complications and health outcomes. *Diabetes Care* 1998; 21(suppl 3): C39-C43.
- 27.- Naess S, Midthjell K, Moum T, Sorensen T, Tambs K. Diabetes mellitus and psychological well-being. Results of the Nord-Trøndelag health survey. *Scand J Soci Med* 1995; 23 (3):179-188.
- 28.- Keinanen-Kiukaanniemi S, Ohinmaa A, Pajunpaa H Koivukangas P. Health related quality of life in diabetic patients measured by Nottingham Health Profile. *Diabet Med* 1996; 13(4):382-388.
- 29.- Wandell PE, Brorsson B, Aberg H. Quality of life in diabetic patients registered with primary health care services in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15(2):97-102.