

Calidad de vida nomotética en enfermos crónicos

Nomothetic Quality of Life in Chronic Patients

Santiago Fernando Vélez Loainza^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5267-2736>

Maricela Jessica Noemí Alvear Celi² <https://orcid.org/0000-0002-7532-2499>

Maricela del Rosario López Morocho³ <https://orcid.org/0000-0001-9920-828X>

Ana Caridad Serrano Patten⁴ <https://orcid.org/0000-0001-7313-7436>

Yenima Caridad Hernández Rodríguez⁴ <https://orcid.org/0000-0003-3856-5974>

María Lourdes Cedillo Armijos⁴ <https://orcid.org/0000-0002-6114-5305>

Cristhian Eduardo Vallejo Barba³ <https://orcid.org/0000-0002-9532-9567>

¹Hospital General Isidro Ayora. Cantón Loja, Ecuador.

²Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Cantón Loja, Ecuador

³Centro de Salud Pradera. Cantón Loja, Ecuador.

⁴Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: irakuba@yahoo.es

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud, como indicador positivo que evalúa el proceso salud-enfermedad, ha ido ganando en uso, a partir del cambio en los patrones de morbilidad, generado por el envejecimiento demográfico.

Objetivo: Caracterizar la calidad de vida relacionada con la salud desde la perspectiva nomotética y su relación con variables de personas y tiempo.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo-transversal en 200 adultos con diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas, atendidos en el centro “Daniel Álvarez”, de Loja quienes cumplían varios criterios. Se calcularon medias y desviaciones típicas, porcentajes, y pruebas de significación como ANOVA, comparación de medias en muestras independientes y Análisis de Tablas

de Contingencia, a través de la Razón de Verosimilitud, con un nivel de significación del 5 %.

Resultados: El puntaje promedio de la calidad de vida fue de 2,90, sin asociaciones significativas con las variables investigadas ($p > 0,05$). Las dimensiones física (3,30) y relaciones sociales (3,09) puntuaron por encima, mientras la psicológica (2,71) y el ambiente (2,70) lo hicieron por debajo. Solo la escolaridad, para la dimensión psicológica ($p = 0,03$) se asoció de manera significativa al puntaje alcanzado por esta.

Conclusiones: La calidad de vida relacionada con la salud global, desde una perspectiva nomotética, en los adultos objeto de estudio, mostró un nivel aceptable, no asociada a ninguna de las variables en estudio. Los dominios psicológico y ambiente obtuvieron el peor puntaje; en tanto el físico y las relaciones sociales exhibieron niveles superiores al global.

Palabras clave: calidad de vida relacionada con la salud; enfermedades crónicas no transmisibles; hipertensión arterial; diabetes mellitus.

ABSTRACT

Introduction: Health-related quality of life, as a positive indicator that evaluates the health-disease process, has been gaining more use, due to the change in morbidity patterns, generated by demographic aging.

Objective: To characterize health-related quality of life from the nomothetic perspective and its relationship with variables of people and time.

Methods: A descriptive and cross-sectional study was carried out with 200 adults with a diagnosis of diabetes mellitus, hypertension, or both, cared for at Daniel Álvarez center, in Loja, who met several criteria. Means and standard deviations were calculated, together with percentages. Significance tests such as ANOVA, comparison of means in independent samples, and analysis of contingency tables were carried out, using likelihood ratio, with a significance level of 5%.

Results: The average score for quality of life was 2.90, without significant associations with the variables investigated ($P > 0.05$). The physical (3.30) and social relations (3.09) dimensions scored higher, while the psychological (2.71) and the environmental (2.70) scored lower. Only schooling, for the psychological dimension ($P = 0.03$), was significantly associated with its achieved score.

Conclusions: The global health-related quality of life in the adults under study, from a nomothetic perspective, showed an acceptable level, not associated with any of the variables analyzed. The psychological and environmental domains obtained the worst scores, while the physical and social relations dimensions exhibited levels higher than the global one.

Keywords: health-related quality of life; noncommunicable chronic diseases; arterial hypertension; diabetes mellitus.

Recibido: 03/03/2020

Aceptado: 09/07/2020

Introducción

El envejecimiento demográfico constituye una característica de la población mundial, con tendencia creciente, de ahí que un grupo de países cuente en breve con más personas mayores que niños.^(1,2)

El último siglo ha sido decisivo para el desarrollo de los diferentes procesos en la medicina moderna. Los grandes adelantos han permitido incrementar la esperanza de vida al nacer y modificar las pirámides poblacionales en muchos países, al desplazar un número importante de efectivos poblacionales hacia grupos etarios avanzados.⁽²⁾

Otro elemento que singulariza al proceso de envejecimiento actual es el ritmo acelerado con que se produce. Si bien los países desarrollados iniciaron el envejecimiento a raíz de la Revolución Industrial, dada la mejoría que, tanto en condiciones de vida como de salud, esta significó, la Revolución Científico-Tecnológica expandida que vivimos desde mediados del pasado siglo, ha contribuido al desarrollo de los países en desarrollo, quienes se benefician de las tecnologías producidas, a la vez que se convierten en diásporas emisoras de efectivos poblacionales jóvenes, con lo que rejuvenecen a los países de llegada, generalmente del primer mundo, en tanto estos se envejecen.^(2,3)

Una mirada por Latinoamérica permite darnos cuenta del rápido paso de las pirámides poblacionales de muchos de los países que la integran. Según *Bayarre* y otros "...En América Latina y el Caribe, el envejecimiento poblacional iniciado en la década de 1970, se distingue por su mayor celeridad respecto a los países de Europa, especialmente en Cuba, Argentina, Uruguay, Antillas Holandesas, Barbados, Guadalupe, Martinica y Puerto Rico, en ese orden; otros, como Haití, se encuentran en los primeros estadios de este proceso..."⁽²⁾

No cabe duda que contar con una población envejecida constituye un logro, resultado de la concurrencia de un conjunto de factores. Sin embargo, con el envejecimiento cambia el patrón de morbilidad y comienza a proliferar un grupo de enfermedades crónicas y afecciones conexas que pudieran afectar en las personas su calidad de vida, a la vez que produce cambios en las necesidades de atención en salud.⁽¹⁾

El proceso de salud - enfermedad como expresión de las condiciones de vida ha permitido delimitar desigualdades en los grupos sociales. Estos dependen, fundamentalmente, de las formas de organización social de la producción, que se traducen en diferencias de la calidad de vida relacionada con la salud. Los adultos, en especial los adultos mayores, en esta etapa de su vida están expuestos a procesos que lesionan, distorsionan o limitan el desarrollo de los procesos físicos y psíquicos que pueden perturbar su calidad de vida relacionada con la salud. Ella ha sido un interés de investigación desde hace mucho tiempo. Sin embargo, múltiples problemas de carácter conceptual, metodológico e instrumental, han limitado su estudio. A pesar de ello, en las últimas décadas han proliferado los trabajos sobre el tema a nivel internacional.⁽⁴⁾

Por otra parte, el término calidad de vida relacionada con la salud se destina fundamentalmente a caracterizar el constructo en personas afectadas por alguna enfermedad crónica, de relativa alta frecuencia en adultos y personas mayores. Así, aparece en la literatura un número importante de estudios que evalúan el concepto en diversas enfermedades: cáncer, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, entre otras.⁽⁵⁾

Motivados por el incremento del envejecimiento en el Cantón Loja, de la República del Ecuador y, con ello, el incremento de enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, unido a la escasez de

investigaciones que evalúen la calidad de vida como indicador de resultado positivo en este segmento de la población, se decidió realizar esta investigación con el objetivo de caracterizar la calidad de vida relacionada con la salud global y por dimensiones, desde una perspectiva nomotética.

Métodos

Estudio descriptivo, de corte transversal,⁽⁶⁾ que caracteriza la población adulta diabética o hipertensa, atendida en el Centro de Salud Daniel Álvarez, durante el período comprendido entre enero y julio de 2019, a través de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) global y por dimensiones y su relación con un conjunto de variables seleccionadas.

El trabajo se realizó en la totalidad de los adultos diabéticos o hipertensos residentes en la localidad, atendidos en el centro de referencia, que cumplieran los criterios siguientes: diagnóstico de diabetes mellitus de cualquier tipo, hipertensos o con alguna combinación de diabetes e hipertensión arterial y, que emitieran su consentimiento de participación en el estudio de manera verbal y por escrito. Se excluyeron los pacientes con discapacidad intelectual o deterioro cognitivo, los pacientes con otras enfermedades crónicas (comorbilidad) y los que no dieron su consentimiento de participación.

Se estudiaron las variables siguientes: edad (20-39, 40-59, 60-74, 75 y más), sexo (masculino, femenino), escolaridad (ninguna, primaria, básica, bachillerato, universitaria), estado civil (soltero, casado, divorciado, viudo), ocupación (jubilado, trabajador, quehaceres domésticos), enfermedad crónica (diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo I + hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II + hipertensión arterial), tiempo de diagnóstico (0-9, 10-19, 20-29, 30-39), calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), dimensión física, dimensión psicológica, dimensión relaciones sociales, dimensión ambiente, para todas estas variables se empleó la media aritmética y la desviación típica tal como evalúa el instrumento empleado.⁽⁷⁾

Para la recogida de la información, se aplicó el instrumento WHOQOL abreviado de 26 ítems, desarrollado por la OMS, en su enfoque nomotético (preguntas 3-26). Este ha sido validado en diferentes contextos, donde ha exhibido excelentes

propiedades métricas de fiabilidad y validez. Así, su consistencia interna es alta, con coeficientes α de Cronbach global y por dominios, y coeficiente de correlación de Pearson, superiores a 0,7. Exhibe buena validez de contenido, constructo y criterio.⁽⁷⁾ Previa a la realización del trabajo se realizó un estudio piloto que puso a punto el instrumento para el territorio de referencia.

Se confeccionó una base de datos en el sistema SPSS. Previo al procesamiento se realizó análisis exploratorio de datos, a través de métodos descriptivos. Ello permitió detectar datos faltantes y otros errores que fueron subsanados. El procesamiento de los datos se realizó mediante el Paquete de Programas SPSS versión 17. Se calcularon medidas de resumen para datos cuantitativos (medias aritméticas y desviaciones típicas). Además, se realizaron pruebas de significación entre las que se encuentran el ANOVA de 1 vía y la prueba de comparación de medias en muestras independientes. Todas las pruebas utilizaron un nivel de significación del 5 %. La información se presenta de manera resumida y autoexplicada, en forma tabular y gráfica. Para la realización de la investigación, fue menester establecer las coordinaciones pertinentes con el responsable administrativo del Centro de Salud "Daniel Álvarez", con la finalidad de solicitar autorización para desarrollar el trabajo.

Se siguieron los principios contenidos en la Declaración de Helsinki (2012)⁽⁸⁾ y en las pautas establecidas por el grupo CIOMS de la Organización Mundial de la Salud (2015);⁽⁹⁾ esta se ejecutó tomando en consideración los principios de beneficencia y no maleficencia, respeto y autonomía. El consentimiento informado se obtuvo de manera verbal y escrita, luego de su lectura minuciosa, antes de iniciar el proceso indagatorio.

Resultados

La evaluación nomotética de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos con enfermedades no transmisibles (ENT), atendidos en el subcentro Daniel Álvarez, durante el período comprendido entre febrero y agosto de 2019, incluyó los 24 ítems (del 3 al 26), que evalúan la CVRS global y de cada dimensión del constructo evaluado. Esta estrategia, es la comúnmente seguida en los estudios relacionados con el tema, en tanto se refiere a la parte del instrumento

que evalúa de manera específica el constructo. Se deja la evaluación general que hace el sujeto sobre su calidad de vida y la satisfacción por su salud (ideográfica), para un segundo artículo.

Los valores medios y desviaciones típicas de calidad de vida relacionada con la salud global de los pacientes investigados en relación con las variables en estudio, se presenta en la tabla 1. La puntuación media general fue de 2,90, con una desviación típica de 0,33, resultado que pudiera considerarse adecuado, al aproximarse a los tres puntos en promedio, de un máximo de cinco. Respecto a la calidad de vida global de estos pacientes en relación con un conjunto de variables estudiadas se aprecia que, con respecto a la edad, hay cierta tendencia a disminuir su percepción, en la medida que se incrementa, con valores medios que se mueven entre 3,08 para el grupo de 20-39 y 2,70 para el de 75 y más; diferencias no resultaron significativas ($p = 0,51$). En relación con el sexo, se observa que ambos son prácticamente idénticos: 3,02 para el femenino vs. 3,00 para el masculino. Respecto a la escolaridad, se constata una tendencia a la mejora de la percepción de la CV en la medida en que se incrementa esta. Los sin escolaridad obtuvieron en promedio 2,82 puntos, en tanto los universitarios fue alcanzaron 3,65, aunque no existe una relación monótona creciente estricta, en el comportamiento de esta variable. La prueba estadística realizada no resultó significativa ($p = 0,18$).

Tabla 1- Valores medios, desviaciones típicas de calidad de vida relacionada con la salud global según variables seleccionadas

VARIABLES SELECCIONADAS	Media aritmética	Desviación típica	Estadígrafo*	Significación**
Grupos de edad				
20-39 (n = 5)	3,08	0,31	0,66	0,51
40-59 (n = 75)	3,00	0,27		
60-74 (n = 65)	2,75	0,31		
75 y más (n = 55)	2,70	0,32		
Sexo				
Masculino (n = 56)	3,00	0,35	0,07	0,93
Femenino (n = 144)	3,02	0,30		
Escolaridad				

Ninguno (n = 30)	2,81	0,32	1,81	0,13
Primaria (n = 75)	2,90	0,36		
Básica (n = 45)	3,01	0,32		
Bachillerato (n = 40)	2,86	0,31		
Universitario (n = 10)	3,08	0,25		
Estado Civil				
Soltero (n = 20)	2,80	0,33	0,23	0,80
Casado (n = 101)	2,91	0,31		
Divorciado (n = 42)	2,89	0,31		
Viudo (n = 37)	3,00	0,34		
Ocupación				
Jubilado (n = 65)	2,80	0,35	1,03	0,30
Trabajador (n = 30)	3,10	0,27		
Quehaceres domést (n = 105)	2,93	0,30		
Enfermedad crónica				
DM tipo II (n = 63)	2,98	0,40	0,73	0,50
HTA (n = 122)	2,90	0,30		
DM tipo I + HTA (n = 5)	2,75	0,65		
DM tipo II + HTA (n = 10)	2,95	0,30		
Tiempo de diagnóstico				
0-9 (n = 80)	2,95	0,31	0,46	0,60
10-19 (n = 70)	2,89	0,33		
20-29 (n = 40)	2,93	0,26		
30-39 (n = 10)	2,80	0,16		
Global	2,90	0,33	-	-

*Estatígrafo F del ANOVA o t Student **Significación estadística Fuente: QLS WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life Instrument)

Al evaluar la CVRS con respecto a la variable estado civil, se observa que los resultados son muy parecidos, y fluctúan entre 2,80 para los solteros y 3,00 para los viudos, o sea, que no se relaciona la condición unido-solo, con la percepción de mejor o peor calidad de vida, en estos pacientes ($p = 0,80$). En lo relativo a la ocupación, se observa que los trabajadores percibían ligeramente mejor su calidad de vida respecto a los restantes, con puntaje medio de 2,93. Sin embargo, la diferencia no es suficiente para afirmar que no se deba al azar ($p = 0,30$). Al

analizar la calidad de vida percibida, respecto al tipo de enfermedad crónica, se observa que la hipertensión arterial sola o combinada con la diabetes mellitus tipo I (con puntajes de 2,95 y 2,75 respectivamente) presenta los peores resultados. Sin embargo, al realizar la prueba estadística, estas diferencias no son importantes, por lo que no existen evidencias para afirmar lo señalado. Por último, en relación con el tiempo de diagnóstico, se aprecia una tendencia - aunque no estricta - a una disminución de la percepción de la CVRS en la medida que se incrementa el tiempo de la enfermedad, con puntajes medios que se mueven entre 2,95, cuando esta no lleva más de nueve años de instalada y 2,80 cuando el paciente lleva entre 30 y 39 años. Sin embargo, estas diferencias no son significativas ($p = 0,60$).

Los resultados apuntan a la ausencia de relación entre los resultados de la CVRS y un grupo de variables investigadas, en la población objeto de estudio. Sin embargo, se debe atender la tendencia al incremento o decremento de esta, según las variables: edad, escolaridad, ocupación, tipo de enfermedad y tiempo de diagnóstico. Ellas deberán incluirse en la discusión, como posibles elementos a considerar en una intervención posterior.

La tabla 2 presenta información relativa a la dimensión física de la calidad de vida, evaluada desde una perspectiva cuantitativa en relación con las variables explicativas investigadas. Esta dimensión obtuvo un puntaje promedio de 3,30, superior al global. Ello habla a favor de una buena percepción de funcionamiento físico, por un grupo importante de pacientes. Un análisis por variables demuestra que, aunque hay cierta tendencia a resultados menos favorables a medida que se incrementa la edad, desde los 20 años hasta los 75 y más, con medias que fluctúan entre 3,64 y 3,27, las diferencias no resultaron significativas ($p = 0,50$).

En relación con el sexo, los resultados son muy parecidos 3,64 vs. 3,24, de ahí que no se constaten diferencias importantes ($p = 0,60$). En cuanto a la escolaridad, se observa una tendencia a mejorar el nivel de CVRS en la medida que esta se incrementa al fluctuar desde 3,10 entre los analfabetos hasta 3,44 entre los universitarios, aunque no siguió un comportamiento monótono, lo cual se refleja en el resultado de la prueba estadística realizada ($p = 0,33$). En lo que respecta al estado civil, el mejor resultado lo obtuvieron los viudos con puntaje promedio de 3,42, seguidos por los solteros y divorciados con 3,20

respectivamente, en tanto el peor resultado lo obtuvieron los casados con 3,20, por lo que las diferencias no fueron significativas (0,35).

Tabla 2- Valores medios, desviaciones típicas de calidad de vida relacionada con la dimensión física según variables seleccionadas

VARIABLES SELECCIONADAS	Media aritmética	Desviación típica*	Estadígrafo*	Significación**
Grupos de edad				
20-39 (n = 5)	3,64	0,65	0,68	0,53
40-59 (n = 75)	3,25	0,45		
60-74 (n = 65)	3,32	0,51		
75 y más (n = 55)	3,24	0,57		
Sexo				
Masculino (n = 56)	3,23	0,60	0,46	0,60
Femenino (n = 144)	3,28	0,50		
Escolaridad				
Ninguno (n = 30)	3,10	0,52	1,13	0,33
Primaria (n = 75)	3,25	0,60		
Básica (n = 45)	3,37	0,55		
Bachillerato (n = 40)	3,31	0,43		
Universitario (n = 10)	3,44	0,42		
Estado Civil				
Soltero (n = 20)	3,27	0,60	1,07	0,35
Casado (n = 101)	3,20	0,56		
Divorciado (n = 42)	3,26	0,43		
Viudo (n = 37)	3,42	0,53		
Ocupación				
Jubilado (n = 65)	3,23	0,53	0,67	0,50
Trabajador (n = 30)	3,40	0,49		
Quehaceres domést (n = 105)	3,26	0,56		
Enfermedad crónica				
DM tipo II (n = 63)	3,35	0,72	0,84	0,45
HTA (n = 122)	3,23	0,44		
DM tipo I + HTA (n = 5)	2,95	0,91		
DM tipo II + HTA (n = 10)	3,36	0,49		

Tiempo de diagnóstico				
0-9 (n = 80)	3,27	0,52	0,20	0,86
10-19 (n = 70)	3,30	0,59		
20-29 (n = 40)	3,23	0,53		
30-39 (n = 10)	3,08	0,34		
Global	3,30	0,50	-	-

*Estatígrafo F del ANOVA o t Student **Significación estadística. Fuente: QLS WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life Instrument)

Al analizar la ocupación se aprecia que los trabajadores obtuvieron los mejores resultados con puntaje medio de 3,40, seguidos por los que realizan quehaceres domésticos con 3,26 y los jubilados con 3,23, sin diferencias significativas ($p = 0,50$). En lo relativo a la enfermedad crónica que padecen, los mejores resultados los alcanzaron los que presentaban diabetes mellitus tipo 2 (3,35) o esta combinada con HTA (2,95), sin diferencias significativas ($p = 0,45$). El tiempo diagnóstico tuvo un puntaje promedio que osciló entre 3,08 para los que llevaban 30 años o más con la enfermedad y 3,30 entre los de 10-19, sin diferencias significativas.

La evaluación de la dimensión psicológica de la CVRS en los pacientes investigados, desde una perspectiva cuantitativa, se presenta en la tabla 3. Se observa que, de manera general, el puntaje promedio fue de 2,71, discretamente inferior a la CVRS global percibida. Los resultados de la dimensión respecto a la edad, muestran discreta mejoría para los de 60 y más, con medias de 2,65 y 2,78 en los grupos de 20-39 y 40-59 años. Sin embargo, las diferencias no resultaron significativas ($p = 0,62$). En lo relativo al sexo, tampoco se constatan diferencias ($p = 0,49$) y los puntajes se mueven de 2,66 para los hombres a 2,71 para las mujeres. Sin embargo, al analizar la escolaridad, el resultado fue significativo ($p = 0,03$), lo que evidencia que en la medida que esta se incrementa se percibe peor la dimensión psicológica, aunque no de manera monótona estricta. Así, los universitarios solo puntúan 2,79 como promedio, superados en este indicador negativo por los de primaria con 2,63. A pesar de que los solteros obtuvieron solo un puntaje promedio de 2,27, en tanto los restantes grupos se mueven entre 2,66 (divorciados) y 2,73 (casados), las diferencias no resultaron significativas ($p = 0,80$); tampoco hubo diferencias importantes en los resultados de la ocupación (p

= 0,54) con medias que se mueven entre 2,64 para los jubilados y 2,73 para los trabajadores.

En lo relativo a la enfermedad crónica que padecen los pacientes se constata que las puntuaciones son bastante parecidas, con un rango de valores entre 2,54, para los afectados por la combinación diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial y 2,76 para los hipertensos, diferencias que no fueron significativas ($p = 0,20$). Por último, se aprecia una tendencia a reducir la percepción de la dimensión salud psicológica con el incremento de la duración de la enfermedad. Así, en los que tenían entre 0 y 9 años padeciendo la enfermedad, el puntaje promedio fue de 2,77, en tanto entre los que tienen 30 o más años con la enfermedad, este se redujo a 2,57. Sin embargo, el comportamiento aludido no es estricto. Los resultados comentados no son significativos desde una perspectiva estadística ($p = 0,49$).

Tabla 3- Valores medios, desviaciones típicas de calidad de vida relacionada con la dimensión psicológica según variables seleccionadas

VARIABLES SELECCIONADAS	Media aritmética	Desviación típica	Estadígrafo*	Significación**
Grupos de edad				
20-39 (n = 5)	2,78	0,25	0,56	0,62
40-59 (n = 75)	2,76	0,43		
60-74 (n = 65)	2,65	0,39		
75 y más (n = 55)	2,68	0,42		
Sexo				
Masculino (n = 56)	2,66	0,43	0,56	0,49
Femenino (n = 144)	2,71	0,40		
Escolaridad				
Ninguno (n = 30)	2,79	0,40	2,55	0,03
Primaria (n = 75)	2,54	0,41		
Básica (n = 45)	2,83	0,33		
Bachillerato (n = 40)	2,69	0,38		
Universitario (n = 10)	2,63	0,14		
Estado Civil				
Soltero (n = 20)	2,27	0,41	0,25	0,80
Casado (n = 101)	2,73	0,40		

Divorciado (n = 42)	2,66	0,40		
Viudo (n = 37)	2,72	0,40		
Ocupación				
Jubilado (n = 65)	2,64	0,42	0,57	0,54
Trabajador (n = 30)	2,73	0,36		
Quehaceres domést (n = 105)	2,71	0,41		
Enfermedad crónica				
DM tipo II (n = 63)	2,66	0,36	1,44	0,20
HTA (n = 122)	2,76	0,44		
DM tipo I + HTA (n = 5)	2,69	0,47		
DM tipo II + HTA (n = 10)	2,54	0,28		
Tiempo de diagnóstico				
0-9 (n = 80)	2,77	0,42	0,80	0,47
10-19 (n = 70)	2,69	0,37		
20-29 (n = 40)	2,71	0,49		
30-39 (n = 10)	2,57	0,28		
Global	2,71	0,40	-	-

*Estadístico F del ANOVA o t Student **Significación estadística

Fuente: QLS WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life Instrument)

En relación con la dimensión relaciones sociales (tabla 4), de manera global, la puntuación media de la dimensión fue de 3,09, lo cual se considera aceptable. Para la variable grupos de edad, los evaluados no mostraron diferencias con independencia del grupo de pertenencia ($p = 0,49$), con valores que fluctúan entre 3,03 para los de 60 y más años y 3,25 para los de 40-59 años. En cuanto al sexo, los promedios fueron de 3,22 para los masculinos y 3,09 para las féminas, diferencias que no son significativas ($p = 0,30$); en la escolaridad se observa una tendencia a mejorar la puntuación, y con ello, la percepción de relaciones sociales normales entre los estudiados, aunque esta no resultó significativa ($p = 0,16$). El mejor puntaje lo exhiben los universitarios (3,70) y el peor, los que no poseían escolaridad (2,80), aunque el escaso tamaño de muestra en los universitarios limita el resultado. Los casados (3,15) tuvieron los mejores resultados, en tanto que los solteros presentaron los peores (2,93), sin diferencias significativas ($p = 0,62$).

Al analizar la ocupación, se observa que los trabajadores (3,35) obtuvieron el promedio más alto, en tanto que realizaban quehaceres en el hogar, fueron los de promedio más bajo (3,01), aunque sin diferencias importantes ($p = 0,25$). En lo que concierne a las enfermedades crónicas asociadas, el mejor resultado lo obtuvo el grupo que presentaba diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial (3,25), seguido por el que presentaba diabetes mellitus tipo II exclusivamente (3,10), en tanto el peor resultado lo obtuvo el grupo que tenía diabetes mellitus tipo I e hipertensión (2,88 puntos como promedio). Sin embargo, las diferencias en los puntajes promedios no resultaron significativas ($p = 0,80$). En cuanto al tiempo de diagnóstico, los puntajes promedios se mueven desde 3,18, para los que tienen menos de 10 años de evolución y 2,50 entre los que han evolucionado durante 30 años o más con 2,50 ($p = 0,21$).

Tabla 4- Valores medios, desviaciones típicas de calidad de vida relacionada con la dimensión relaciones sociales según variables seleccionadas

Variables seleccionadas	Media aritmética	Desviación típica	Estadígrafo*	Significación**
Grupos de edad				
20-39 (n = 5)	3,10	0,80	0,78	0,49
40-59 (n = 75)	3,25	0,71		
60-74 (n = 65)	3,03	0,78		
75 y más (n = 55)	3,08	0,71		
Sexo				
Masculino (n = 56)	3,22	0,80	0,99	0,30
Femenino (n = 144)	3,07	0,71		
Escolaridad				
Ninguno (n = 30)	2,80	0,70	1,66	0,16
Primaria (n = 75)	3,15	0,85		
Básica (n = 45)	3,25	0,71		
Bachillerato (n = 40)	3,05	0,62		
Universitario (n = 10)	3,70	0,16		
Estado Civil				
Soltero (n = 20)	2,93	0,68	0,54	0,62
Casado (n = 101)	3,15	0,78		
Divorciado (n = 42)	3,08	0,77		

Viudo (n = 37)	2,99	0,81		
Ocupación				
Jubilado (n = 65)	3,11	0,72	1,29	0,25
Trabajador (n = 30)	3,35	0,61		
Quehaceres domést (n = 105)	3,01	0,77		
Enfermedad crónica				
DM tipo II (n = 63)	3,10	0,84	0,30	0,80
HTA (n = 122)	3,07	0,73		
DM tipo I + HTA (n = 5)	2,88	0,70		
DM tipo II + HTA (n = 10)	3,25	0,55		
Tiempo de diagnóstico				
0-9 (n = 80)	3,18	0,75	1,51	0,21
10-19 (n = 70)	2,98	0,77		
20-29 (n = 40)	3,19	0,77		
30-39 (n = 10)	2,50	0,53		
Global	3,09	0,74	-	-

*Estadígrafo F del ANOVA o t Student **Significación estadística Fuente: QLS WHOQOL BREF

Los resultados obtenidos en la dimensión ambiente de la CVRS por variables seleccionadas se presentan en la tabla 5. De manera global, los pacientes obtuvieron un puntaje promedio de 2,70, que clasifica por debajo de lo observado de manera global y en otras dimensiones. En lo relativo a la edad el grupo de 75 años o más tuvo el puntaje promedio más bajo con 2,61, los restantes grupos puntuaron algo por encima, con valores entre 2,76 y 2,77, aunque todos están por debajo de los 3 puntos. Las diferencias encontradas no se consideran significativas ($p = 0,60$). Respecto al sexo, ambos puntuaron alrededor del valor global, sin diferencias importantes ($p = 0,90$). Al observar la escolaridad se aprecia que los que no tienen escolaridad y los que tienen bachillerato, con puntajes medios de 2,57 y 2,58, están por debajo del global, los restantes niveles se encuentran por encima de este. Estos se mueven desde 2,79 para los de primaria y básica respectivamente y 2,94 para los universitarios, por lo que puede decirse que hay una tendencia a mejorar la percepción de la dimensión ambiente con el

incremento de la escolaridad, aunque no de manera estricta. Sin embargo, las diferencias encontradas no resultaron significativas ($p = 0,10$).

En lo que respecta al estado civil, todas las medias se movieron entre 2,65, para los solteros y 2,73 para los casados, sin diferencias importantes ($p = 0,85$). En tanto, para la ocupación los promedios se movieron desde 2,65 para los jubilados y 2,73 para los trabajadores y los que hacían los quehaceres del hogar, diferencias estadísticas no importantes ($p = 0,60$). En cuanto a las enfermedades que padecen los pacientes, el peor resultado lo obtuvieron los hipertensos y diabéticos tipo I de manera conjunta, con puntuación de 2,52, seguidos por los hipertensos con 2,65, los que poseían la combinación diabetes mellitus tipo II e hipertensión, con 2,69 y los de mejor resultado fueron los diabéticos tipo II, con 2,82, aunque ninguno de los grupos de pacientes alcanzó los 3 puntos en promedio, cifra considerada normal. Las diferencias encontradas no se consideran significativas ($p = 0,18$) aunque sí hubo una tendencia a tener un resultado mejor cuando se padece de diabetes mellitus tipo II y peor cuando se combina la diabetes mellitus tipo I con la hipertensión. El tiempo transcurrido con la enfermedad en estos pacientes no se relaciona con la percepción de la dimensión ambiente, dada por ellos ($p = 0,90$) y puntuaciones medias que se mueven entre 2,67 en los que han padecido la enfermedad entre 20 y 29 años, y 2,80 en los que han llevado la enfermedad por 30 años o más.

Tabla 5- Valores medios, desviaciones típicas de la dimensión ambiente según variables seleccionadas

Variables seleccionadas	Media aritmética	Desviación típica	Estadígrafo*	Significación**
Grupos de edad				
20-39 (n = 5)	2,77	0,29	0,59	0,60
40-59 (n = 75)	2,76	0,40		
60-74 (n = 65)	2,76	0,39		
75 y más (n = 55)	2,61	0,42		
Sexo				
Masculino (n = 56)	2,72	0,42	0,11	0,90
Femenino (n = 144)	2,70	0,41		
Escolaridad				

Ninguno (n = 30)	2,57	0,44	1,96	0,10
Primaria (n = 75)	2,79	0,44		
Básica (n = 45)	2,80	0,40		
Bachillerato (n = 40)	2,58	0,42		
Universitario (n = 10)	2,94	0,43		
Estado Civil				
Soltero (n = 20)	2,65	0,32	0,22	0,85
Casado (n = 101)	2,73	0,40		
Divorciado (n = 42)	2,67	0,37		
Viudo (n = 37)	2,70	0,53		
Ocupación				
Jubilado (n = 65)	2,65	0,41	0,48	0,60
Trabajador (n = 30)	2,75	0,32		
Quehaceres domésticos (n = 105)	2,76	0,33		
Enfermedad crónica				
DM tipo II (n = 63)	2,82	0,43	1,62	0,18
HTA (n = 122)	2,65	0,41		
DM tipo I + HTA (n = 5)	2,52	0,53		
DM tipo II + HTA (n = 10)	2,69	0,40		
Tiempo de diagnóstico				
0-9 (n = 80)	2,70	0,42	0,15	0,90
10-19 (n = 70)	2,68	0,43		
20-29 (n = 40)	2,67	0,41		
30-39 (n = 10)	2,80	0,64		
Global	2,70	0,43		

*Estadígrafo F del ANOVA o t Student **Significación estadística

Fuente: QLS WHOQOL BREF

DISCUSIÓN

El nivel de la CVRS encontrado en este estudio ocupa un lugar medio entre los que aparecen en la revisión documental realizada, al aproximarse al valor considerado como normal. En la literatura revisada, se plantea que dado la condición física o de salud que presenta una parte importante de este segmento

de la población, es de esperar resultados de calidad de vida desfavorables. Sin embargo, estos son diversos. Un estudio realizado en España (2001), por *García* y otros,⁽¹⁰⁾ en Málaga, encuentra que el perfil de la población investigada con peor calidad de vida reunió las siguientes características: mujer con bajo nivel de estudios, sedentaria, con antecedentes de cardiopatía isquémica y proteinuria y que cuenta con escaso apoyo afectivo. Muchos de estos elementos no fueron investigados en este estudio, de ahí que sería interesante explorarlo en trabajos posteriores, al tiempo que se disponga de mayor tamaño muestral. Otro estudio realizado en la India, por *Khongdir*,⁽¹¹⁾ arroja un predominio de puntajes bajos de calidad de vida global, que se manifiesta en todos los dominios, sobre todo en el psicológico, que difiere de manera significativa respecto a los restantes. La disimilitud de resultados pudiese ser objeto de otras investigaciones, encaminadas a intervenciones contextualizadas.

Adicionalmente, se observó que la calidad de vida global no se asoció con ninguna de las variables investigadas, aunque el que exista cierta tendencia a su incremento o decremento, en virtud de las variables: edad, escolaridad, ocupación, tipo de enfermedad y tiempo de diagnóstico, hace que se tome en consideración para estudios futuros. En la literatura revisada no se realizaron asociaciones entre la CVRS y la mayoría de las variables investigadas en este.

Los estudios de la región revisados no relacionan la CVRS con variables sociodemográficas. Sin embargo, un estudio realizado en la India, por *Aljeesh*,⁽¹²⁾ relaciona el constructo de manera global, en hipertensos, con las variables edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, duración de la enfermedad, ingresos mensuales, tamaño de la familia y estado laboral y encuentra asociación significativa, lo mismo ocurre con la mayoría de las dimensiones. Los dominios psicológico y social fueron más altos en los casados, contrario a este estudio cuyas diferencias no fueron significativas; de manera análoga el dominio físico fue mejor entre los divorciados, contrario a lo encontrado en este. En Colombia (2011), en investigación realizada en personas mayores, *Estrada*⁽¹³⁾ encuentra asociación negativa entre la CVRS y el sexo femenino, es decir, las féminas perciben peor calidad de vida. De igual manera en las diabéticas.

Urzúa (2008),⁽⁵⁾ encuentra en población chilena, entre las variables relacionadas con la CVRS, a la edad, la satisfacción con la salud, el afecto positivo, la

satisfacción con la vida y la efectividad de la medicación, y de manera inversa con el afecto negativo. No encuentra relación con el sexo, el apoyo social objetivo y el tiempo viviendo con la enfermedad. *Tavakkoli*,⁽¹⁴⁾ de Irán, encuentra que la dimensión física mejor resultado en hombres y que las personas con alto nivel de educación percibían baja calidad de vida. La escasez de estudios con similar metodología, limita la discusión de los resultados del trabajo.

A modo de conclusión puede decirse que la calidad de vida relacionada con la salud global, desde una perspectiva nomotética, evaluada en adultos del Centro de Salud “Daniel Álvarez”, mostró un nivel aceptable y no muestra evidencias suficientes para afirmar asociación con las variables edad, sexo, escolaridad, estado civil, tiempo de evolución y ocupación. En cuanto a las dimensiones, los dominios psicológicos y el ambiente resultaron los más desfavorecidos en este segmento de la población, en tanto el físico y las relaciones sociales exhiben niveles superiores al global.

Referencias bibliográficas

1. Bayarre Veá HD. Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017 [acceso: 04/02/2019];43(2):313-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200014&lng=es
2. Bayarre Veá HD, Álvarez Lauzarique ME, Pérez Piñero JS, Almenares Rodríguez K, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros MC, et al. Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e21. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.21>
3. Hernández Triana M. Envejecimiento. *Rev Cubana Salud Pública*. 2014 [acceso: 04/02/2019];40(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400011&lng=es
4. Nhamba Lucas Antonio, Hernández Meléndrez Edelsys, Bayarre Veá Héctor Demetrio, Gamba Janota Maria. Problemas teóricos, metodológicos e

- instrumentales para el estudio de la calidad de vida en personas con VIH en Angola. Rev Cubana Salud Pública. 2012 [acceso: 04/02/2020];38(1):141-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100013&lng=es
5. Urzúa A. Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas. Ter Psicol. 2008;26(2):207-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200007>.
6. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiología Básica. 2da Edición. Whashington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017 [acceso: 04/12/2019]. Disponible en: https://www.academia.edu/34271325/Epidemiologia_Basica_Bonita_booksmedicos
7. Rivero Nuñez E, González Cárdenas LT, Bayarre Veá HD. Validación y adaptación lingüística-cultural del Instrumento World Health Organization Quality of Live Bref (WHOQOL) en mujeres de edad mediana. Párraga, La Habana. 2013-2014. Rev Cubana Enferm. 2016 [acceso: 24/03/2020];32(4). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1035>
8. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, Corea; 2013 [acceso: 04/12/2016]. Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
9. CIOMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Whashington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017 [acceso: 04/12/2019]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf
10. García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta, *et al*. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Medicina de Familia. 2001 [acceso: 04/12/2016];2:29-34. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/288900368_Calidad_de_vida_en_pacientes_con_hipertension_arterial_y_diabetes_mellitus_tipo_2

11. Khongsdir S, George C, Mukherjee D, Norman G. Quality of Life in Patients with Diabetes and Hypertension in Karnataka- An Observational Study. International Journal of Medical and Health Sciences. 2015 [acceso: 04/12/2019];4(1):98-10. Disponible en: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20153401463>
12. Aljeesh Y, Elayyan W. Impact of Hypertension on the Quality Of Life among Patients Attending Two Palestinian Communities. 2014 [acceso: 04/12/2016]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/0104/debbe9ed882af01c6532da8fa93ffec7d11f.pdf>
13. Estrada A, Cardona D, Segura A, Chavarriaga L, Ordóñez J, Osorio J. Calidad de vida de los adultos mayores de Me. Revista Biomédica Instituto Nacional de Salud.. 2011 [acceso: 17/01/2018];31(4). Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/399/881>
14. Tavakkoli L, Dehghan A. Compare the Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients with Healthy Individuals (Application of WHOQOL-BREF), Zahedan J Res Med Sci. 2017;19(2):e5882. DOI: <https://doi.org/10.5812/zjrms.5882>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

1. *Conceptualización*: Santiago Fernando Vélez Loaiza, Jessica Noemí Alvear Celi
2. *Curación de datos*: Santiago Fernando Vélez Loaiza, Jessica Noemí Alvear Celi, Maricela del Rosario López Morocho.
3. *Análisis formal*: Ana Caridad Serrano Patten, Yenima Caridad Hernández, María Lourdes Cedillo Armijos, Ximena Yanine Rojas Vivanco.
4. *Adquisición de fondos*: No procede.
5. *Investigación*: Santiago Fernando Vélez Loaiza, Cristhian Eduardo Vallejo Barba, Maricela del Rosario López Morocho, Jessica Noemí Alvear Celi.

6. *Metodología*: Santiago Fernando Vélez Loaiza, Ana Caridad Serrano Patten, Yenima Caridad Hernández, María Lourdes Cedillo Armijos, Ximena Yanine Rojas Vivanco.
7. *Administración del proyecto*: Santiago Fernando Vélez Loaiza.
8. *Recursos*: Santiago Fernando Vélez Loaiza.
9. *Software*: Ana Caridad Serrano Patten, Yenima Caridad Hernández.
10. *Supervisión*: Santiago Fernando Vélez Loaiza.
11. *Validación*: Ana Caridad Serrano Patten, Yenima Caridad Hernández, María Lourdes Cedillo Armijos, Ximena Yanine Rojas Vivanco.
12. *Visualización*: Santiago Fernando Vélez Loaiza, Jessica Noemí Alvear Celi.
13. *Redacción - borrador original*: Santiago Fernando Vélez Loaiza, Jessica Noemí Alvear Celi.
14. *Redacción - revisión y edición*: Santiago Fernando Vélez Loaiza.