

Calidad de vida nomotética en enfermos crónicos atendidos en el Centro de Salud Daniel Álvarez

Nomothetic quality of life in chronic patients in Daniel Álvarez Health Center

Héctor Demetrio Bayarre Vea^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-6607-7658>

Santiago Fernando Vélez Loaiza² <https://orcid.org/0000-0002-5267-2736>

Ximena Yanine Rojas Vivanco³ <https://orcid.org/0000-0002-2099-9363>

Saidel Moreno Martínez¹ <https://orcid.org/0000-0001-5489-0596>

Alexis Alejandro García Rivero⁴ <https://orcid.org/0000-0001-5489-0596>

Milton Mateo González Cedillo⁵ <http://orcid.org/0000-0002-4981-2830>

¹Universidad Tominaga Nakamoto, Estado de México, México

²Hospital General Albert Schweizer, Rio de Janeiro, Brasil

³Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

⁴Centro de Adiestramiento en Investigación Clínica. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México

⁵Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador

*Autor para la correspondencia: hectorbayarrevea@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud, es un tema frecuente en la investigación sanitaria contemporánea, dada la alta frecuencia con que aparecen las enfermedades crónicas, consecuencia del envejecimiento demográfico.

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

Método. Se realizó un estudio descriptivo-transversal, en 208 adultos con diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas, atendidos en el Centro de Salud 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%.

Conclusiones. La calidad de vida relacionada con la salud global, desde una perspectiva nomotética, en los adultos objeto de estudio, mostró un nivel aceptable, que disminuye en la medida en que aumenta la edad, y no asociada a otras variables estudiadas. La dimensión relaciones sociales obtuvo el peor resultado, en tanto la física fue la mejor. Sin embargo, todas se consignan como aceptables, a partir de la puntuación obtenida.

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

ABSTRACT

Introduction: Health-related Quality of Life is a frequent topic in contemporary health research, given the high frequency with which chronic diseases appear as a consequence of demographic aging.

Objective: To characterize the quality of life related to health from the nomothetic perspective and its relationship with epidemiological variables.

Method: A descriptive-cross-sectional study was carried out in 208 adults with a diagnosis of diabetes mellitus, hypertension or both, attended at the Daniel Álvarez Health Center, in Loja, who fulfilled several criteria. Means and standard deviations, percentages, and significance tests such as ANOVA, comparison of means in independent samples and Analysis of Contingency Tables, through the Likelihood Ratio, were calculated with a significance level of 5%.

Conclusions: The quality of life related to global health, from a nomothetic perspective, in the adults under study, showed an acceptable level, which decreases as age increases, and not associated with other variables studied. The social relations dimension obtained the worst result, while the physical one was the best. However, all are reported as acceptable, based on the score obtained.

Keywords: The Quality of life related to health; non communicable chronic diseases; arterial hypertension; diabetes mellitus.

Recibido: 16/06/2021

Aceptado: 23/07/2021

Introducción

La Revolución Industrial marcó el inicio de un proceso sostenido en el tiempo, caracterizado por un desplazamiento de los efectivos poblacionales hacia los grupos etarios superiores, a partir del incremento de la esperanza de vida al nacer y la disminución de los niveles de fecundidad y mortalidad. Sin embargo, este proceso, conocido como envejecimiento

demográfico, ha adquirido nuevos matices en la actualidad, dado su expansión geográfica, siendo característico tanto en los países desarrollados de aparición temprana, como en los en desarrollo, de aparición tardía, con el agravante en estos últimos de su mayor celeridad, manifiesta sobre todo porque a lo antedicho se le ha adicionado una emigración importante de efectivos jóvenes que, contribuyen al envejecimiento de estos, en tanto rejuvenecen las estructuras de sus destinos. ⁽¹⁻³⁾

El proceso de referencia, no constituye, en sí mismo, un problema sino un logro de la humanidad. Sin embargo, con él comienzan a proliferar un grupo de enfermedades que han sido llamadas crónicas o degenerativas, cuya presencia disminuye, en quienes la padecen, la percepción de salud y calidad de vida. ⁽¹⁾

La calidad de vida, es un mega constructo de amplio uso en la literatura, que ha sido estudiado por múltiples especialistas y desde diferentes aristas. A pesar de ello, aún se considera que sobre él subsisten problemas teóricos, metodológicos e instrumentales, que dificultan no solo su estudio sino su uso en diferentes ámbitos. ⁽⁴⁾ La OMS, para intentar estandarizar su estudio y con vistas a poder realizar comparaciones, entre países, regiones y localidades, ha desarrollado un conjunto de instrumentos consignados bajo el nombre de WHOQOL, que han transitado por diferentes versiones, en tanto han ido ganando espacio entre los estudiosos del tema. ⁽⁵⁾

Una mirada por Latinoamérica permite darnos cuenta del rápido paso de las pirámides poblacionales de muchos de los países que la integran. Así, tomando las palabras de Bayarre y colaboradores "...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⁾

Más recientemente, ha emergido el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que se destina 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, 6)

De ahí que, motivados por el incremento del envejecimiento en el Cantón Loja, de la República del Ecuador y, con ello, el incremento de enfermedades crónicas, entre las que se encuentran 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 una investigación en pacientes afectados por estas entidades, atendidos en el Centro de Salud Daniel Álvarez, con el objetivo de caracterizar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud global y por dimensiones, desde una perspectiva nomotética, en adultos y adultos mayores con enfermedades no transmisibles atendidos en el centro de referencia entre enero y julio de 2020, y su relación con variables epidemiológicas seleccionadas.

Métodos

El trabajo clasifica como estudio descriptivo, de corte transversal, ⁽⁷⁾ que caracteriza la población adulta diabética y(o) hipertensa, atendida en el Centro de Salud Daniel, 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 y(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. (N=208)

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⁾

Técnicas y Procedimientos

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. ⁽⁵⁾ 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 25. 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 auto explicada,

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.

Ética

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

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 3,33, con una desviación típica de 0,44, resultado que pudiera considerarse adecuado, al sobrepasar 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 una disminución de su percepción, en la medida que se incrementa esta, con valores medios que se mueven entre 3,81 para el grupo de 20-39 y 3,33 para el de 75 y más; diferencias estadísticamente significativas ($p=0,011$). En relación con el sexo, se observa que ambos son prácticamente idénticos: 3,34 para el femenino vs. 3,32 para el masculino, ($p=0,763$). 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. Así, los sin escolaridad obtuvieron en promedio 3,16 puntos, en tanto los universitarios obtuvieron 3,60, aunque no existe una relación monótona creciente estricta, en el comportamiento de esta variable. La prueba estadística realizada no resultó significativa ($p=0,057$). Para el estado civil, se observa que los resultados son muy parecidos entre sí, y fluctúan entre 3,28 para los viudos y 3,41 para los divorciados, sin diferencias importantes entre estos pacientes ($p=0,630$). En lo relativo a la ocupación, se observa que los trabajadores perciben ligeramente mejor su calidad de vida respecto a los restantes, con puntaje medio de 3,50. Sin embargo, la diferencia no es suficiente para afirmar que no se deba al azar ($p=0,089$). Al analizar la calidad de vida percibida, respecto al tipo de enfermedad crónica, se observa que la hipertensión arterial combinada con la diabetes mellitus tipo I (con puntaje de 2,79) presenta el peor resultado descriptivo, en tanto los pacientes aquejados por diabetes mellitus tipo II obtuvieron la mejor puntuación media con 3,34. Sin embargo, al realizar la prueba estadística, estas diferencias no son importantes, por lo que no existen evidencias para afirmar lo señalado ($p=0,193$). 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 3,25, cuando esta lleva

de 10-19 años en curso y 3,41 cuando el paciente lleva menos de 10 años con el diagnóstico. Sin embargo, estas diferencias no son significativas ($p=0,145$).

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=7)	3,81*	0,70	3,79	0,011
40-59 (n=63)	3,35	0,48		
60-74 (n=67)	3,35	0,42		
75 y más (n=71)	3,33*	0,44		
Sexo				
Masculino (n=56)	3,32	0,45	-0,302	0,763
Femenino (n=144)	3,34	0,43		
Escolaridad				
Ninguno (n=36)	3,16	0,46	2,33	0,057
Primaria (n=73)	3,35	0,42		
Básica (n=53)	3,41	0,48		
Bachillerato (n=42)	3,32	0,36		
Universitario (n=4)	3,60	0,29		
Estado Civil				
Soltero (n=21)	3,35	0,65	0,578	0,630
Casado (n=110)	3,33	0,41		
Divorciado (n=30)	3,41	0,33		
Viudo (n=47)	3,28	0,45		
Ocupación				
Jubilado (n=63)	3,32	0,40	2,446	0,089
Trabajador (n=28)	3,50	0,52		
Quehaceres domést (n=117)	3,30	0,43		
Enfermedad crónica				
DM tipo II (n=183)	3,34	0,45	1,658	0,193
DM tipo I + HTA (n=2)	2,79	0,00		
DM tipo II + HTA (n=23)	3,30	0,31		
Tiempo de diagnóstico				
0-9 (n=80)	3,41	0,48	1,814	0,145
10-19 (n=70)	3,25	0,41		
20-29 (n=40)	3,36	0,43		
30-39 (n=10)	3,28	0,13		
Global	2,90	0,33	-	-

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

Los resultados apuntan a la ausencia de relación entre la CVRS y un grupo de variables investigadas, en la población objeto de estudio. Con excepción de la edad, para la que se constata una tendencia a su decremento en la medida que esta aumenta, en tanto que hay cierta tendencia a la mejora con el incremento de la escolaridad y la condición de trabajador, en lo relativo a la ocupación. Estos elementos, deberán ser objeto de análisis más detallado y de 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, Esta dimensión obtuvo un puntaje promedio de 3,45, 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 3,76 y 3,42, este comportamiento no tiene una monotonía estricta y esas diferencias no resultaron significativas ($p=0,366$).

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=7)	3,76	0,507	1,06	0,366
40-59 (n=63)	3,42	0,448		
60-74 (n=67)	3,47	0,516		
75 y más (n=71)	3,43	0,506		
Sexo				
Masculino (n=56)	3,46	0,52	0,143	0,886
Femenino (n=144)	3,45	0,49		
Escolaridad				
Ninguno (n=36)	3,29	0,50	164	0,165
Primaria (n=73)	3,50	0,49		
Básica (n=53)	3,45	0,57		
Bachillerato (n=42)	3,48	0,34		
Universitario (n=4)	3,79	0,41		
Estado Civil				
Soltero (n=20)	3,55	0,54	1,269	0,286
Casado (n=101)	3,39	0,48		
Divorciado (n=42)	3,53	0,34		
Viudo (n=37)	3,50	0,57		
Ocupación				
Jubilado (n=65)	3,45	0,49	0,526	0,592
Trabajador (n=30)	3,54	0,45		
Quehaceres domést (n=105)	3,43	0,50		
Enfermedad crónica				
DM tipo II (n=183)	3,46	0,50	0,531	0,589
DM tipo I + HTA (n=2)	3,14	0,00		
DM tipo II + HTA (n=23)	3,40	0,42		
DM tipo II (n=183)				
0-9 (n=80)	3,50	0,53	0,527	0,664
10-19 (n=70)	3,43	0,46		
20-29 (n=40)	3,39	0,52		
30-39 (n=10)	3,44	0,31		
Global				

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

En relación con el sexo, los resultados son muy parecidos 3,46 vs. 3,45, de ahí que no se constaten diferencias importantes ($p=0,886$). 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 3,29 entre los analfabetos hasta 3,79 entre los universitarios, aunque no siguió un comportamiento monótono, lo cual se refleja en el resultado de la prueba estadística realizada ($p=0,165$). En lo que respecta al estado civil, el mejor resultado lo obtuvieron los solteros con puntaje promedio de 3,55, seguidos por los divorciados con 3,53, en tanto el peor resultado lo obtuvieron los casados con 3,39, siendo las diferencias no significativas ($0,286$).

Al analizar la ocupación se aprecia que los trabajadores obtuvieron los mejores resultados con puntaje medio de 3,54, seguidos por los jubilados con 3,45 y los que realizan quehaceres domésticos con 3,43, sin diferencias significativas ($p=0,592$). En lo relativo a la enfermedad crónica que padecen, los mejores resultados los alcanzan los que presentan diabetes mellitus tipo 2 (3,46) y los peores los que presentan diabetes mellitus tipo I combinado con HTA (3,14), sin diferencias significativas ($p=0,589$); en tanto que el tiempo diagnóstico tuvo un puntaje promedio que osciló entre 3,39 para los que llevaban entre 20 y 29 años con la enfermedad y 3,50 entre los de 0-9, sin diferencias significativas ($p=0,664$).

La evaluación de la dimensión psicológica de la CVRS en los pacientes investigados se presenta en la tabla 3. Aquí se observa que, de manera general, el puntaje promedio fue de 3,30, discretamente inferior a la CVRS global percibida. Los resultados de la dimensión respecto a la edad son mejores entre los más jóvenes y disminuye en la medida en que esta aumenta. Así, el mejor resultado se obtuvo entre los de 20-39, con puntaje medio de 3,86, mientras que el peor resultado fue para los de 75 y más años con 3,21, siendo estas diferencias significativas ($p=0,001$). En lo relativo al sexo, se constatan diferencias no significativas ($p=0,456$) y los puntajes se mueven de 3,31 para los hombres a 3,19 para las mujeres. Al analizar la escolaridad, el resultado fue significativo ($p=0,000$), lo que evidencia que en la medida que esta se incrementa se percibe mejor la dimensión psicológica, aunque no de manera monótona estricta. Así, los de enseñanza básica puntúan 3,51 como promedio, mientras los sin nivel educacional solo alcanzaron 3,08. A pesar de que los solteros obtuvieron un puntaje promedio de 3,35, en tanto que los restantes grupos se mueven entre 3,32 (divorciados) y 3,28 (viudos), las diferencias no resultaron significativas ($p=0,913$); tampoco hubo diferencias importantes en los resultados de la ocupación ($p=0,153$) con medias que se mueven entre 3,27 para los que realizan los quehaceres del hogar y 3,44 para los trabajadores.

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=7)	3,86*	0,45	5,87	0,001
40-59 (n=63)	3,28	0,38		
60-74 (n=67)	3,35	0,37		
75 y más (n=71)	3,21	0,44		
Sexo				
Masculino (n=56)	3,31	0,44	-0,746	0,456

Femenino (n=144)	3,19	0,84		
Escolaridad				
Ninguno (n=36)	3,08	0,44	6,871	0,000
Primaria (n=73)	3,27	0,34		
Básica (n=53)	3,51	0,46		
Bachillerato (n=42)	3,27	0,38		
Universitario (n=4)	3,38	0,36		
Estado Civil				
Soltero (n=20)	3,35	0,53	0,175	0,913
Casado (n=101)	3,30	0,36		
Divorciado (n=42)	3,32	0,44		
Viudo (n=37)	3,28	0,48		
Ocupación				
Jubilado (n=65)	3,30	0,34	1,895	0,153
Trabajador (n=30)	3,44	0,43		
Quehaceres domést (n=105)	3,27	0,45		
Enfermedad crónica				
DM tipo II (n=183)	2,50	0,00	4,566	0,011
DM tipo I + HTA (n=2)	3,21	0,27		
DM tipo II + HTA (n=23)	3,30	0,42		
Tiempo de diagnóstico				
0-9 (n=80)	3,42	0,45	5,333	0,001
10-19 (n=70)	3,18	0,36		
20-29 (n=40)	3,34	0,42		
30-39 (n=10)	3,20	0,23		
Global				

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

En lo relativo a la enfermedad crónica que padecen los pacientes se constata que las puntuaciones fluctúan entre 2,50 para los afectados por diabetes tipo II y 3,30 entre los que presentan diabetes mellitus tipo II combinada con HTA; diferencias que resultaron significativas ($p=0,011$). Por último, se aprecia una disminución de la percepción de la salud psicológica en la medida en que se incrementa el tiempo con la enfermedad ($p=0,015$). Así, en los que tienen entre 0 y 9 años padeciendo la enfermedad, el puntaje promedio fue de 3,22, una centésima menos que los que tenían entre 20 y 29 años; en tanto entre los que tienen 30-39 con la enfermedad, este se redujo a 2,56. Sin embargo, el comportamiento aludido no es estricto. Los resultados comentados son significativos desde una perspectiva estadística ($p=0,015$).

En relación con la dimensión relaciones sociales (Tabla 4), de manera global, la puntuación media de la dimensión fue de 3,08, lo cual se considera aceptable. Para la variable grupos de edad, los evaluados no mostraron diferencias con independencia del grupo de pertenencia ($p=0,263$), con valores que fluctúan entre 2,99 para los de 60-74 años y 3,43 para los de 20-39 años. En cuanto al sexo, los promedios fueron de 3,19 para los masculinos y 3,05 para las féminas, diferencias que no son significativas ($p=0,298$); en la escolaridad se observa una tendencia a mejorar la puntuación en la medida que esta aumenta, y con ello, la percepción de relaciones sociales normales entre los estudiados, aunque esta no resultó significativa ($p=0,140$). El mejor puntaje lo exhiben los universitarios con 3,59 y el peor los que no poseen escolaridad con 2,86, aunque el escaso tamaño de muestra en los

universitarios limita el resultado. Los casados (3,14) tuvieron los mejores resultados, en tanto que los viudos presentaron los peores (2,96), sin diferencias significativas ($p=0,661$).

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=7)	3,43	0,87	1,34	0,263
40-59 (n=63)	3,20	0,76		
60-74 (n=67)	2,99	0,85		
75 y más (n=71)	3,02	0,77		
Sexo				
Masculino (n=56)	3,19	0,84	1,066	0,298
Femenino (n=144)	3,05	0,79		
Escolaridad				
Ninguno (n=36)	2,86	0,77	1,75	0,140
Primaria (n=73)	3,14	0,89		
Básica (n=53)	3,20	0,76		
Bachillerato (n=42)	2,96	0,69		
Universitario (n=4)	3,59	0,17		
Estado Civil				
Soltero (n=20)	3,03	0,77	0,531	0,661
Casado (n=101)	3,14	0,81		
Divorciado (n=42)	3,09	0,79		
Viudo (n=37)	2,96	0,81		
Ocupación				
Jubilado (n=65)	3,05	0,80	3,431	0,034
Trabajador (n=30)	3,44*	0,68		
Quehaceres domést (n=105)	3,01	0,81		
Enfermedad crónica				
DM tipo II (n=183)	3,09	0,83	0,896	0,410
DM tipo I + HTA (n=2)	2,33	0,00		
DM tipo II + HTA (n=23)	3,07	0,53		
Tiempo de diagnóstico				
0-9 (n=80)	3,22	0,83	3,578	0,015
10-19 (n=70)	2,94	0,78		
20-29 (n=40)	3,23	0,73		
30-39 (n=10)	2,56	0,53		
Global				

*Estadígrafo F del ANOVA o t Student

**Significación estadística Fuente: QLS WHOQOL BREF

Al analizar la ocupación, se observa que los trabajadores con 3,44 obtuvieron el promedio más alto, en tanto que realizaban quehaceres en el hogar, fueron los de promedio más bajo con 3,01, aunque las diferencias, y diferencias importantes ($p=0,034$). En lo que concierne a las enfermedades crónicas asociadas, el mejor resultado lo obtuvo el grupo que presentaba diabetes mellitus tipo II con 3,09, en tanto el peor resultado lo obtuvo el grupo que tenía diabetes mellitus tipo I e hipertensión con 2,33 puntos como promedio. Sin embargo, las diferencias en los puntajes promedios no resultaron significativas ($p=0,410$). En cuanto al tiempo de diagnóstico los puntajes promedios se mueven desde 3,23, para los que tienen

entre 20-29 años y 2,56 entre los que han evolucionado durante 30 años o más, diferencias significativas ($p=0,015$)

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 3,35, que clasifica en el entorno de la CVRS observada de manera global. En lo relativo a la edad el grupo de 60-74 años tuvo el puntaje promedio más bajo con 2,99, los restantes grupos puntuaron algo por encima, con valores entre 3,43 y 3,02, diferencias que se consideran importantes ($p=0,010$), por lo que puede afirmarse que la percepción del ambiente mejora en estos pacientes con el decremento de la edad. Respecto al sexo, ambos puntúan alrededor del valor global, sin diferencias importantes ($p=0,366$); al observar la escolaridad se aprecia que los puntajes fluctuaron entre 3,22 puntos de los que no tenían escolaridad y 3,60 de los universitarios, sin diferencias significativas ($p=0,606$).

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=7)	3,43*	0,87	3,92	0,010
40-59 (n=63)	3,20	0,76		
60-74 (n=67)	2,99	0,85		
75 y más (n=71)	3,02	0,77		
Sexo				
Masculino (n=56)	3,28	0,66	-0,905	0,366
Femenino (n=144)	3,37	0,58		
Escolaridad				
Ninguno (n=36)	3,22	0,60	0,68	0,606
Primaria (n=73)	3,37	0,55		
Básica (n=53)	3,39	0,69		
Bachillerato (n=42)	3,36	0,56		
Universitario (n=4)	3,60	0,58		
Estado Civil				
Soltero (n=20)	3,29	0,92	1,68	0,173
Casado (n=101)	3,38	0,54		
Divorciado (n=42)	3,50	0,43		
Viudo (n=37)	3,21	0,64		
Ocupación				
Jubilado (n=65)	3,32	0,62	1,630	0,199
Trabajador (n=30)	3,54	0,73		
Quehaceres domést (n=105)	3,32	0,55		
Enfermedad crónica				
DM tipo II (n=183)	2,50	0,00	0,626	0,536
DM tipo I + HTA (n=2)	3,21	0,272		
DM tipo II + HTA (n=23)	3,30	0,42		
Tiempo de diagnóstico				
0-9 (n=80)	3,38	0,62	0,695	0,556
10-19 (n=70)	3,28	0,60		
20-29 (n=40)	3,41	0,61		
30-39 (n=10)	3,47	0,15		
Global				

*Estatístico F del ANOVA o t Student **Significativo

En lo que respecta al estado civil, todas las medias se mueven entre 3,21, para los viudos y 3,50 para los divorciados, sin diferencias importantes ($p=0,173$); en tanto que para la ocupación los promedios se movieron desde 3,32 para los jubilados y los quehaceres del hogar y 3,54 para los trabajadores y las diferencias estadísticas no son importantes ($p=0,199$); en cuanto a las enfermedades que padecen los pacientes, el peor resultado lo obtuvieron los diabéticos tipo II con un puntaje medio de 2,50, seguidos por los hipertensos y diabéticos tipo I con 3,21, en tanto que los diabéticos tipo II e hipertensos tuvieron el mejor resultado con 3,30; sin embargo, estos resultados no son significativos ($p=0,536$). El tiempo transcurrido con la enfermedad, en estos pacientes no se relaciona con la percepción de la dimensión ambiente, dada por ellos ($p=0,556$) y puntuaciones medias que se mueven entre 3,28 en los que han padecido la enfermedad entre 10 y 19 años, y 3,47 en los que han llevado la enfermedad por 30 años o más.

Discusión

El nivel de la CVRS encontrada 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 Pérez et al, ⁽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 trabajo, de ahí que sería interesante explorarlo en trabajos posteriores. 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 solo se asoció con la variable edad, entre las investigadas, aunque el que exista cierta tendencia a su incremento o decremento, en virtud de las variables: escolaridad, ocupación, tipo de enfermedad y tiempo de diagnóstico, hace que se tome en consideración para estudios futuros, en los que el tamaño de muestra sea superior a este. 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, en este se encuentra asociación significativa, lo mismo ocurre con la mayoría de las

dimensiones. En ese sentido, difiere de este estudio, que solo encontró asociación de manera global y en la dimensión ambiente, con la edad, en tanto el dominio físico no se asoció con ninguna de las variables investigadas y el dominio relaciones sociales se asoció con la ocupación y tiempo de diagnóstico. Siendo la dimensión psicológica la que presentó mayor asociación, al relacionarse con las variables edad, escolaridad, enfermedad crónica y tiempo de diagnóstico, lo que hace pensar que para su mejoramiento se puede vertebrar una estrategia orientada al manejo o control de alguna de estas variables.

Estrada, en Colombia, ⁽¹³⁾ en investigación realizada en personas mayores, 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. Este resultado difiere del hallazgo de este estudio donde la CVRS y los distintos dominios en que se midió esta variable no resultó asociada. Al parecer, la percepción de la CVRS en la población investigada no difiere, de ahí que cualquier estrategia a realizar con vistas a mejorarla no debe ser estructurada a partir del sexo.

Urzúa (2008), ⁽⁶⁾ encuentra entre las variables relacionadas con la CVRS, en población chilena, 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, que disminuye en la medida en que aumenta la edad, y no asociada a otras variables estudiadas. La dimensión relaciones sociales obtuvo el peor resultado, en tanto la física fue la mejor. Siendo el dominio psicológico el de mayor relación con las variables epidemiológicas investigadas. Sin embargo, todas se consignan como aceptables, a partir de la puntuación obtenida.

El trabajo aporta evidencias científicas sobre el nivel de la Calidad de vida nomotética investigada en adultos atendidos en el Centro de Salud Daniel Álvarez, de manera global y por dimensiones y su relación con variables epidemiológicas. Ellas pueden servir de línea de base para la realización de intervenciones individuales y comunitarias, que permitan la mejora de la calidad de vida global y de sus dimensiones en este segmento de la población lojana.

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 [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Feb 04]; 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 Publica*. 2018;42:e21. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.21>
3. Hernández Triana M. Envejecimiento. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2014 Dic [citado 17 Ene 2018];40(4):[aprox. 10 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400011&lng=es.
4. Nhamba Lucas A., Hernández Meléndrez E., Bayarre Veá HD., Gamba Janota M. Problemas teóricos, metodológicos e instrumentales para el estudio de la calidad de vida en personas con VIH en Angola. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2012 Mar [citado 2020 Feb 04] ; 38(1): 141-149. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100013&lng=es.
5. 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* [Internet]. 2016 [citado 2 Mar 2020];32(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1035>
6. Urzúa A. Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas. *Ter Psicol* [online]. 2008; 26(2):207-214. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200007>.
7. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. *Epidemiología Básica*. 2da Edición. Whashington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017 [citado 18 Nov2019]. Disponible en: https://www.academia.edu/34271325/Epidemiologia_Basica_Bonita_booksmedicos
8. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, Corea; 2013 [citado 18 Nov2016]. 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 [citado 18 Nov2019]. 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 y Alarcón F. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Medicina de Familia*. 2001; 2: 29-34. 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 [citado 18 Nov2016]; 4(1):98-10. Disponible en: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20153401463>

12. Aljeesh, Yousef I., & Elayyan, W. Impact of Hypertension on the Quality Of Life among Patients Attending Two Palestinian Communities. <http://hdl.handle.net/20.500.12358/26737>
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. [Internet]. 2011 [citado 17 Ene 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: <http://dx.doi.org/10.5812/zjrms.5882>

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Héctor Demetrio Bayarre Veá, Santiago Fernando Vélez Loaiza, Yanine Rojas Vivanco, Milton Mateo González Cedillo

Curación de datos: Héctor Demetrio Bayarre Veá, Saidel Moreno Martínez, Alexis Alejandro García Rivero

Análisis formal: Héctor Demetrio Bayarre Veá, Saidel Moreno Martínez, Alexis Alejandro García Rivero

Adquisición de fondos: No procede

Investigación: Héctor Demetrio Bayarre Veá, Santiago Fernando Vélez Loaiza, Yanine Rojas Vivanco, Milton Mateo González Cedillo

Metodología: Héctor Demetrio Bayarre Veá, Saidel Moreno Martínez, Alexis Alejandro García Rivero

Administración del proyecto: Santiago Fernando Vélez Loaiza

Recursos: Santiago Fernando Vélez Loaiza

Software: Héctor Demetrio Bayarre Veá

Supervisión: Santiago Fernando Vélez Loaiza

Validación: Héctor Demetrio Bayarre Veá

Visualización: Héctor Demetrio Bayarre Veá

Redacción – borrador original: Héctor Demetrio Bayarre Veá, Saidel Moreno Martínez, Alexis Alejandro García Rivero

Redacción – revisión y edición: Héctor Demetrio Bayarre Veá, Saidel Moreno Martínez, Alexis Alejandro García Rivero