

Original

## Construcción y validación del instrumento Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedades Respiratorias Crónicas (CV-PERC). Resultados preliminares

Joanmir Zaragoza<sup>a</sup> y Zoraide Lugli-Rivero<sup>b,\*</sup><sup>a</sup> Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela<sup>b</sup> Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 29 de noviembre de 2007

Aceptado el 18 de abril de 2008

*Palabras clave:*

Calidad de vida relacionada con la salud

Asma

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

(EPOC)

Fiabilidad

Validez

## RESUMEN

**Introducción y objetivos:** los instrumentos para medir la calidad de vida en pacientes con dificultades respiratorias crónicas han abordado este constructo multidimensional de forma parcial y limitada. Debido a ello, el presente trabajo ha tenido por objetivo desarrollar y validar la escala Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedades Respiratorias Crónicas (CV-PERC), que contempla las funciones física, psicoemocional, social, cognitiva, laboral y sexual, y la percepción de salud y bienestar.

**Pacientes y método:** la CV-PERC se ha construido a partir de la revisión del Cuestionario Respiratorio de Saint George y del SF-36, así como de la generación de nuevos ítems tras la revisión teórica y la realización de entrevistas a pacientes. Los ítems seleccionados se sometieron al juicio de expertos (neumólogos y psicólogos de la salud) para evaluar su validez, redacción y adecuación del lenguaje. El instrumento inicial, de 60 ítems, se aplicó a una muestra de 101 pacientes para el análisis y selección de ítems. Finalmente se aplicó la escala definitiva de 50 ítems a una muestra de 255 pacientes de 4 hospitales de Caracas (Venezuela) para los análisis de fiabilidad y validez.

**Resultados:** se encontró una estructura factorial de 7 dimensiones que explican el 62,47% de la varianza total (Función Física, Función Sexual, Función Laboral, Percepción de Salud y Bienestar, Función Psicoemocional, Función Cognitiva y Función Social). La consistencia interna de cada dimensión y de la escala total es superior a 0,67. Los coeficientes de validación convergente y discriminante son superiores a 0,64.

**Conclusión:** los resultados evidencian que la escala CV-PERC es una medida válida y fiable para evaluar la calidad de vida en pacientes con asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

© 2007 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Development and Validation of a Quality of Life Questionnaire for Patients with Chronic Respiratory Disease (CV-PERC): Preliminary Results

## ABSTRACT

*Keywords:*

Health related quality of life

Asthma

Chronic pulmonary obstructive disease

Assessment

Reliability

Validity

**Introduction and objectives:** The instruments used to assess quality of life in patients with chronic respiratory difficulties have approached this construct in a limited and partial way. Due to this fact, the present paper aimed at describing the development and validation of the CV-PERC scale contemplating the dimensions of physical, psycho-emotional and social, cognitive, working, sexual functionalities and health perception and wellbeing.

**Patients and methods:** It was built stemming from the Saint George Respiratory Questionnaire and the SF-36, generating new items after a theoretical revision and interviews to patients. The selected items were submitted to expert's judgments (Neumonologists and Health Psychologists) to assess validity, wording and appropriateness of language. The initial 60-item instrument was applied to a sample of 101 patients for item selection and analysis. Lastly, the final 50-item scale was administered to a sample of 255 patients from four hospitals in Caracas, Venezuela, to collect data for reliability and validity analyses.

**Results:** A 7-dimension factorial structure was found which explained 62.47% of the total variance (physical functionality, sexual functionality, working functionality, health perception and wellbeing, psycho-emotional functionality, cognitive functionality and social functionality). Internal consistency of each dimension and of the total scale was over 0.67. Convergent validity and discriminant coefficients were above 0.64.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joanmir1@gmail.com (Z. Lugli-Rivero).

**Conclusions:** The results provide evidence that the CV-PERC scale is a valid and reliable measure to assess quality of life in asthma and EPOC patients.

© 2007 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

A pesar del gran interés que suscita el estudio de la calidad de vida y del incremento del número de investigaciones que la abordan, no hay aún un consenso sobre su definición ni sobre las dimensiones que debe abordar. Recientemente la Organización Mundial de la Salud ha conceptualizado la calidad de vida como la percepción que tiene el individuo de su lugar en la existencia, en el contexto de su cultura y su sistema de valores, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes, que adicionalmente se ve influida de forma compleja por la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia y las relaciones sociales, así como por la relación con los elementos esenciales del entorno<sup>1</sup>. Esta definición, que implica un enfoque eminentemente multidisciplinario, refleja el cambio en la concepción tradicional de la salud como ausencia de enfermedad y su abordaje como un estado de bienestar físico, mental y social<sup>2</sup>, pero no es única ni definitiva.

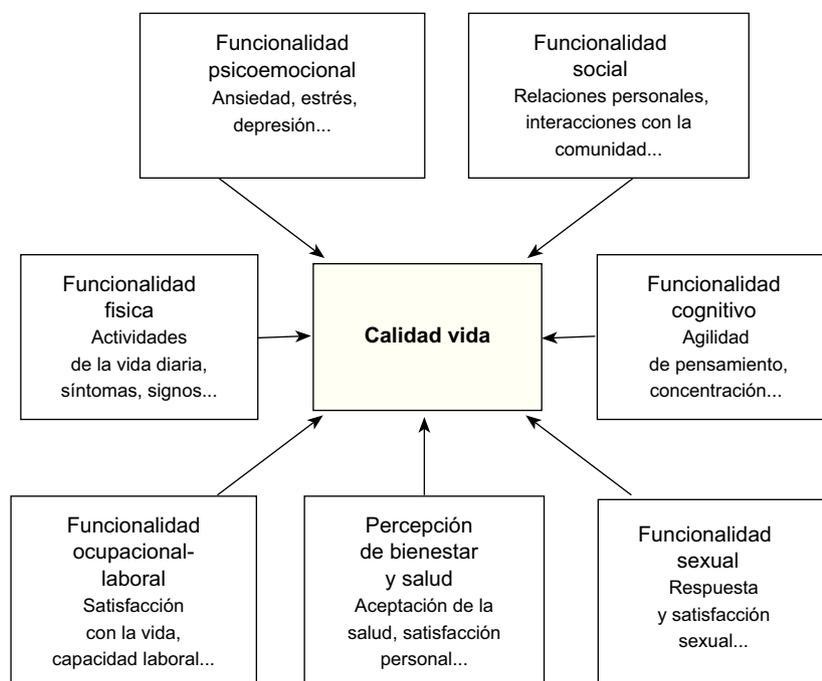
En el área de la salud se encuentran también diversas concepciones de la calidad de vida. Por ejemplo, Hörnquist<sup>3</sup> la define como la percepción global de un número determinado de dimensiones clave, entre las que destaca en particular el bienestar de la persona. Patrick y Erickson<sup>4</sup> la definen como el valor que se asigna a la duración de la vida con sus modificaciones por los impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones, y que se ve influido por las enfermedades, lesiones o tratamientos, y Wilson y Cleary<sup>5</sup> como la percepción subjetiva de bienestar que declara el paciente.

Sin embargo, la calidad de vida relacionada con salud es un constructo aún más amplio, por lo que otros autores la han concebido como la percepción subjetiva de los efectos que una enfermedad y sus tratamientos ocasionan en distintas áreas de la

vida cotidiana de los pacientes<sup>6</sup>. Las áreas física, psicoemocional y social son las que más a menudo se han evaluado<sup>7,8</sup>, dejando de lado aspectos importantes como las funciones cognitiva, laboral y sexual, y la percepción de bienestar y salud. En este sentido, no hay consenso entre los investigadores acerca de las áreas que deben evaluarse, debido quizá a la necesidad de adaptar los indicadores que se utilizan al contexto y la población en que se realiza el estudio<sup>9</sup>. Dada estas diferencias en los dominios a evaluar, Nissenon et al<sup>7</sup> señalan que el esquema de trabajo queda sujeto a las necesidades particulares de cada investigación.

En el área de la salud, y específicamente en el caso de las enfermedades respiratorias crónicas, es posible encontrar algunas opciones para medir la calidad de vida. Sin embargo, el abordaje que hacen estos instrumentos es parcial y limitado, pues se restringen casi exclusivamente a la dimensión física, como es el caso del Cuestionario Respiratorio de Saint George (SGRQ)<sup>10</sup>. Otros instrumentos miden más de un aspecto de la calidad de vida, pero siguen sin considerar el constructo en su totalidad. Por ejemplo, el Cuestionario de Enfermedades Respiratorias Crónicas (Chronic Respiratory Questionnaire, CRQ)<sup>11</sup> mide solamente los aspectos físicos y emocionales, y el Cuestionario de Vías Aéreas (Airways Questionnaire 20, AQ20) mide síntomas, función emocional y estímulos ambientales<sup>11,12</sup>. Por este motivo, la presente investigación se ha propuesto el objetivo de desarrollar y validar, en la población venezolana, la escala Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedades Respiratorias Crónicas (CV-PERC). En concreto, el presente estudio pretende proporcionar datos iniciales de fiabilidad y de validez de constructo de la escala, debido a la concepción integral y amplia que se está asumiendo en la definición de la calidad de vida, tal como se ha señalado anteriormente.

En la **figura 1** se presentan las áreas que se han considerado para la evaluación de la calidad de vida. Como puede observarse,



**Figura 1.** Dimensiones que han de evaluarse en la calidad de vida.

se busca una visión integral del constructo considerando que es el resultado de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en las distintas áreas de su vida y el apoyo social recibido y percibido. Se considera que este abordaje resulta apropiado en el caso de las enfermedades respiratorias crónicas, como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ya que las personas con alguno de estos diagnósticos experimentan importantes cambios en su vida cotidiana en muy diversas maneras, desde su forma de relacionarse con cuantos los rodean hasta la posibilidad de trabajar o divertirse al aire libre.

## Pacientes y método

Para el análisis inicial de los ítems, instrucciones y tiempo de aplicación (mediante entrevista) se utilizó una muestra de 101 pacientes que acudían al Laboratorio de Función Pulmonar del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, de los que 43 estaban diagnosticados de EPOC (42,57%) y 58 de asma (57,43%), 41 eran mujeres (40,59%) y 60 varones (59,41%), y cuya edad promedio era de 62 años.

Para obtener la validez y la fiabilidad de la escala CV-PERC, se entrevistó a 255 pacientes de 4 hospitales públicos ubicados en el área metropolitana de Caracas (Venezuela), de los que 104 estaban diagnosticados de asma (40,80%) y 151 de EPOC (59,20%), 145 eran mujeres (56,90%) y 119 varones (43,10%). Su edad promedio era de 60 años.

Aunque hay diversos cuestionarios para evaluar la calidad de vida en el área de las enfermedades respiratorias, como el CRQ<sup>11</sup> y AQ20<sup>11,12</sup>, entre otros, la escala CV-PERC se desarrolló a partir de la revisión de 2 de los instrumentos más utilizados en Venezuela: el SGRQ<sup>10</sup>, específico para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con EPOC y asma, y el SF-36<sup>13</sup>, medida genérica de calidad de vida relacionada con la salud. En primer lugar, 3 neumólogos y 3 psicólogos revisaron los ítems del SGRQ, que está constituido por 3 dimensiones: síntomas, actividad e impacto. Posteriormente se procedió a la elaboración del instrumento teniendo en cuenta las apreciaciones de los expertos sobre este cuestionario, algunos ítems reformulados del SF-36, la generación de nuevos ítems tras la realización de entrevistas a pacientes con asma y EPOC, y el análisis de artículos de investigaciones sobre dicha área. Cinco psicólogos especialistas en el área de la salud analizaron esta versión para evaluar el contenido, la adecuación del lenguaje y la redacción tanto de los ítems como de las instrucciones.

La escala resultante se aplicó a una muestra informal de 101 pacientes para evaluar el funcionamiento de la escala (instrucciones y tiempo de aplicación mediante entrevista) y los ítems que la constituyen, de acuerdo con un valor de discriminación mayor que 0,60 y la comprensión del contenido por parte de los pacientes. Tras esta aplicación inicial la escala quedó reducida a 50 ítems.

Por último, se aplicó la escala definitiva a una muestra de 255 pacientes para obtener su fiabilidad (consistencia interna) y validez de constructo. Para la validez convergente se aplicaron también las versiones adaptadas a la población venezolana de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener<sup>14</sup> y la Escala de Autoestima de Rosenberg<sup>14</sup>. Todas las aplicaciones se realizaron en forma de entrevista.

## Resultados

### Validez de contenido

En relación con los ítems del SGRQ, los expertos neumólogos indicaron, con un acuerdo superior al 65%, que la dimensión de

síntomas y actividad medían la función física, al igual que 4 ítems de impacto, y que sólo 27 ítems de los 48 del cuestionario presentaban una redacción satisfactoria. Además, propusieron cambiar las expresiones “falta de aire” y “ataques de silbidos” por “dificultad para respirar” y “pitos en el pecho”, respectivamente, y eliminar ítems repetitivos o irrelevantes porque aludían a actividades poco habituales en el contexto venezolano, como, por ejemplo, jugar boliche o cavar. Los 3 psicólogos expertos en el área de salud coincidieron con los neumólogos en que el área física se exploraba de forma exhaustiva, pero que la consideración de otras áreas era escasa o nula, por lo que el cuestionario resultaba inadecuado para medir la calidad de vida desde una concepción integral.

A partir de estos comentarios, de la revisión del SF-36, de las entrevistas realizadas a los pacientes y del análisis de artículos de investigación referidos a pacientes con estas enfermedades, la escala quedó constituida de la siguiente forma: Función Física (17 ítems del SGRQ), Función Psicoemocional (4 ítems del SGRQ y 3 ítems de la dimensión Salud Mental del SF-36), Función Social (2 ítems de la dimensión Funcionamiento Social del SF-36 y 2 ítems del SGRQ, uno de los cuales se dividió en 3 ítems, ya que expresaba 3 ideas), Función Laboral (4 ítems de la dimensión Rol Físico del SF-36 y el único ítem del SGRQ sobre esta área), Función Cognitiva (5 ítems generados), Función Sexual (5 ítems generados) y Percepción de Salud y Bienestar (5 ítems generados).

Finalmente, 5 psicólogos expertos en salud revisaron la versión definitiva de la escala CV-PERC y la aprobaron, con un acuerdo igual o superior al 80%, al considerar que los ítems correspondían a las dimensiones propuestas y que su redacción y nivel de lenguaje eran adecuados para aplicarla a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC).

### Validez de constructo

Para someter a prueba la estructura empírica subyacente a la escala CV-PERC, se realizó un análisis factorial de naturaleza exploratoria. Como requisito previo al análisis factorial, la adecuación de las matrices de correlaciones se evaluó con el índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin, cuyo valor fue satisfactorio (0,862), además del test de esfericidad de Bartlett, que resultó estadísticamente significativo ( $\chi^2 = 11.484,572$ ;  $\alpha < 0,001$ ). Estos resultados indican la presencia de correlaciones significativas y la pertinencia de realizar el análisis factorial. Se utilizó el método de componentes principales con rotación varimax, para el cual se establecieron, como criterio de extracción de los factores, autovalores mayores de 1,5, y para la selección de los ítems, cargas factoriales mayores de 0,35.

El análisis factorial arrojó 7 factores que explican el 62,47% de la varianza total. El factor 1, que explica el 25,34%, recibe el nombre de Función Física y agrupa los ítems que miden la percepción del estado físico o la salud, los síntomas producidos por la enfermedad —frecuencia e intensidad—, las actividades cotidianas que se ven afectadas por estos síntomas (p. ej., caminar, bañarse o vestirse) y los efectos adversos del tratamiento. El factor 2, que explica el 9,98% de la varianza, se ha denominado Función Sexual y sus ítems se refieren a la percepción que tiene el paciente de su respuesta, frecuencia y satisfacción sexual, dado su estado de salud. El factor 3, que explica el 7,42% de la varianza, se ha denominado Función Ocupacional-Laboral y agrupa los ítems relativos a la percepción que tiene el paciente de su capacidad o incapacidad para llevar a cabo las actividades laborales u ocupacionales habituales, y su grado de satisfacción con su desempeño actual. El factor 4, que explica el 6,33% de la varianza, recibe el nombre de Percepción de Salud y Bienestar, y sus ítems se relacionan con la percepción de la satisfacción y la aceptación

**Tabla 1**  
Saturaciones de los ítems que constituyen cada dimensión de la escala CV-PERC

Ítems	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Función Física</i>							
En el último mes he tenido...							
1. Tos	0,4 74						0,2 49
2. Flema	0,5 06						0,2 33
3. Pitos en el pecho (ruidos)	0,4 83						
4. Dolor en el pecho o la espalda	0,5 39						0,2 35
5. Cansancio	0,6 79						
6. Dificultad para respirar estando sentado	0,6 72						
7. Dificultad para respirar al hablar	0,7 26					0,2 43	
8. Dificultad para respirar al realizar tareas cotidianas, como bañarme o vestirme	0,7 67						
9. Dificultad para respirar al caminar en un terreno plano dentro de la casa	0,8 17						
10. Dificultad para respirar al caminar en un terreno plano fuera de la casa	0,8 6						
11. Dificultad para respirar al subir 5 escalones o menos por una escalera	0,8 49						
12. Dificultad para respirar al realizar actividades que requieren esfuerzos moderados, tales como caminar media hora o en una subida	0,7 38						
13. Dificultad para respirar al realizar actividades que requieren esfuerzos intensos, como correr o levantar objetos pesados	0,6 10						
En el último mes...							
14. He tardado más tiempo que antes para realizar tareas cotidianas, como bañarme o vestirme	0,6 47						
15. He necesitado ayuda para poder realizar tareas cotidianas, como bañarme o vestirme	0,4 77						
16. He tenido que tomar descansos cuando camino	0,7 18						
17. La tos ha interrumpido mi sueño	0,5 97						
<i>Función Sexual</i>							
En el último mes, mis problemas respiratorios...							
46. Me han hecho disminuir mi deseo sexual		0,8 33					
47. Me han hecho evitar relaciones sexuales		0,9 44					
48. Han disminuido mi satisfacción en el área sexual		0,9 27					
49. Me han obligado a disminuir la frecuencia de mis relaciones sexuales		0,9 42					0,2 44
50. Me han obligado a estar inactivo(a) sexualmente		0,9 42					
<i>Función Laboral</i>							
En el último mes, mis problemas respiratorios...							
41. Me han hecho reducir el tiempo dedicado a mi trabajo u ocupación			0,9 15				
42. Me han obligado a disminuir el número de tareas en mi trabajo u ocupación			0,9 34				
43. Han causado demoras continuas en mi trabajo u ocupación			0,9 23				
44. Me han hecho sentir insatisfecho(a) con mi desempeño laboral u ocupacional actual			0,8 23				
45. Me han impedido continuar en mi trabajo u ocupación			0,9 22				
<i>Percepción de la Salud y el Bienestar</i>							
En el último mes...							
25. He aceptado mi estado actual de salud				0,5 16			
26. He experimentado una sensación de bienestar a pesar de mis problemas respiratorios				0,8 58			
27. He sentido paz interior				0,9 03			
28. He sentido que vivo en armonía con todo lo que me rodea				0,9 14			
29. Mi vida ha tenido sentido				0,4 87			
<i>Función Psicoemocional</i>							
En el último mes...							
18. Me he sentido avergonzado(a) al toser en público					0,7 33		0,2 35
19. Mi dificultad para respirar me ha avergonzado en público					0,7 84		
20. Me he asustado cuando me ha faltado la respiración	0,2 24				0,6 17		
21. He estado de mal humor		0,21 1	-0,2 00		0,3 60		
22. Me he avergonzado al usar mis medicamentos en público					0,7 30		
23. He estado muy nervioso(a)			-0,2 41		0,5 48		
24. Me he sentido desanimado(a) y triste			-0,2 03		0,5 09		
<i>Función Cognitiva</i>							
En el último mes...							
30. Ha disminuido mi habilidad para memorizar						0,8 33	
31. Ha disminuido mi capacidad para concentrarme en lo que estoy haciendo						0,8 52	
32. He tenido dificultades para entender lo que otros me dicen	0,2 44					0,8 18	
33. He pensado constantemente en mi estado de salud	0,2 50					0,3 50	
34. Me ha sido difícil tomar decisiones						0,7 00	

Tabla 1 (continued)

Ítems	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Función Social</i>							
En el último mes...							
35. Me he sentido satisfecho(a) con la atención médica que he recibido					0,2 37		0,3 59
36. Me he sentido apoyado(a) por mi religión o mis creencias religiosas							0,3 54
En el último mes, mis problemas respiratorios...							
37. Han sido una molestia para mis familiares y amigos		0,2 40					0,3 50
38. Han sido una molestia para mi pareja						0,2 50	0,5 81
39. Han dificultado mis actividades sociales habituales con mi familia, amigos, vecinos u otras personas							0,4 60
40. Han hecho que las personas que me rodean me rechacen			0,2 49				0,5 07

con el estado de salud o estado físico. El factor 5, que explica el 5,11% de la varianza, se denomina Función Psicoemocional y agrupa los ítems que se refieren a la percepción que tiene el individuo de su funcionamiento psicológico-emocional. Incluye indicadores de estados de ánimo, estrés, ansiedad, angustia, miedo y depresión, entre otros. El factor 6, que explica el 4,49% de la varianza, se ha llamado Función Social y sus ítems miden la percepción que tiene el paciente del impacto de la enfermedad y su tratamiento en las relaciones personales que establece y en sus interacciones con la comunidad donde habita. Incluye además los roles sociales que desempeña, las actividades sociales habituales que ha abandonado y/o limitado, la necesidad de apoyo familiar y social, y la relación médico-paciente. Finalmente, el factor 7, que explica el 3,75% de la varianza, se ha designado como Función Cognitiva y sus ítems hacen referencia a la percepción que tiene el paciente de su habilidad para pensar, concentrarse, razonar, tomar decisiones y planificar. Incluye además características inherentes al proceso de pensamiento y autopercepción.

En la tabla 1 se muestran los ítems agrupados por factores y sus respectivas saturaciones, las cuales indican que definen de forma clara el factor al que teóricamente pertenecen, lo que constituye un indicador favorable de la validez de constructo de la escala. En lo que respecta a la validez convergente y divergente de la escala CV-PERC, se obtuvieron correlaciones moderadas y positivas con la Escala de Satisfacción con la Vida<sup>14</sup> ( $r = 0,65$ ) y la Escala de Autoestima<sup>15</sup> ( $r = 0,64$ ).

### Fiabilidad

A fin de estudiar la fiabilidad de la escala CV-PERC, se calculó el índice de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) para cada una de sus dimensiones y la escala total. Los valores obtenidos son altos —oscilan entre 0,678 y 0,975—, y la mayoría de las dimensiones se encuentran por encima de 0,800, lo que indica la homogeneidad de los ítems que la constituyen (tabla 2).

### Instrumento definitivo

La escala CV-PERC quedó constituida por 50 ítems que se responden en un escala Likert de 4 puntos, que van desde “No, nada” (0) hasta “Sí, mucho” (3), o desde “Nada, en absoluto” (0) hasta “Mucho” (3). Los 50 ítems se distribuyen en 7 dimensiones: Función Física (17 ítems), Función Psicoemocional (7 ítems), Función Cognitiva (5 ítems), Función Social (6 ítems), Función Laboral (5 ítems), Función Sexual (5 ítems) y Percepción de Salud y Bienestar (5 ítems). La puntuación en cada dimensión es el resultado de la suma de los puntos alcanzados en cada uno de los ítems (en el caso de los ítems 25, 26, 27, 28, 29, 35 y 36 la

Tabla 2

Consistencia interna de las dimensiones de la escala CV-PERC.

Dimensiones	N.º de ítems	Alfa de Cronbach
Función Física	17	0,935
Función Sexual	5	0,975
Función Laboral	5	0,970
Percepción de Salud y Bienestar	5	0,843
Función Psicoemocional	7	0,834
Función Cognitiva	5	0,819
Función Social	6	0,674
Total	50	0,918

corrección se realiza de forma inversa, es decir, si la persona contesta “no, nada en absoluto”, en vez de calificar con “0” la puntuación será “3”, si contesta “un poco”, en vez de calificar con “1” la puntuación será “2”, en el caso de responder “moderadamente”, en vez de calificar con “3” se puntuará con un “2” y finalmente, si contesta “mucho”, la puntuación no será “3” sino “0”). Para obtener la puntuación total se suman los puntos de cada ítem en una escala de 0 a 150. La puntuación mínima de la escala es 0 (mayor calidad de vida) y la máxima, 150 (menor calidad de vida). Su aplicación, que puede ser autoadministrada o por medio de entrevista, dura aproximadamente 20 min en ambos casos.

### Discusión

Se presentan los datos preliminares de la escala CV-PERC, que está dirigida a explorar la percepción que tienen los pacientes con asma y EPOC de su calidad de vida desde una perspectiva integradora, para lo cual se consideran 7 áreas específicas: física, sexual, laboral, psicoemocional, cognitiva, social y salud-bienestar.

Como bien es sabido, el SGRQ<sup>10</sup> es la medida por excelencia en los estudios sobre calidad de vida y enfermedades respiratorias como el asma<sup>16</sup>, las bronquiectasias estables<sup>17</sup>, la EPOC<sup>18–21</sup> e incluso la fibrosis quística<sup>22</sup>. Sin embargo, mide casi de forma exclusiva aspectos vinculados con la función física, de modo que no respeta la multidimensionalidad del constructo calidad de vida. Otros instrumentos, como el CRQ<sup>11</sup> y el AQ20<sup>11</sup>, incluyen uno o 2 aspectos nuevos en la evaluación de la calidad de vida, pero no llegan a constituir una evaluación amplia e integral de la calidad de vida en salud.

La escala CV-PERC pretende solventar esta limitación al considerar un abordaje integral de la calidad de vida. Las áreas propuestas para ello pueden servir de guía en el caso de otras enfermedades, ya que permiten realizar un análisis más completo

de la calidad de vida de los pacientes. Se presentan datos relacionados con la validez de constructo de la escala, por constituir el primer instrumento en enfermedades respiratorias crónicas que contempla todas las áreas fundamentales de la calidad de vida de las personas que pueden verse afectadas por la intensidad de los síntomas de su enfermedad. En este sentido, la estructura factorial de 7 factores constituye una primera validación de la formulación teórica asumida para la elaboración de la escala CV-PERC. Aparecen las dimensiones más frecuentes de análisis, como las funciones física, psicoemocional y social<sup>7,8</sup>, al igual que las complementarias, como son las funciones cognitiva, laboral y sexual, y la percepción de bienestar y salud<sup>7</sup>. Estas dimensiones aportan información sobre las limitaciones físicas y funcionales que experimentan los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas en diferentes áreas de la vida como consecuencia de su enfermedad y sus tratamientos<sup>23</sup>. Además, se ha demostrado que el instrumento evaluado tiene una correlación positiva y moderadamente alta con la Escala de Satisfacción de la Vida de Diener et al<sup>14</sup> y la Escala de Autoestima<sup>15</sup>. Estos resultados son los esperados y evidencian la validez convergente de la escala CV-PERC de acuerdo con Anastasi y Urbina<sup>24</sup>.

Finalmente, los resultados relativos a la fiabilidad son satisfactorios. Los valores alfa de Cronbach para cada factor son indicativos de una alta consistencia interna entre los ítems que los componen, lo que respalda la estructura factorial que emerge de la escala.

Como limitaciones del presente estudio, podría señalarse el hecho de que sólo proporciona datos relacionados con la validez de constructo del instrumento. Sin embargo, se considera que éste debe ser el primer paso cuando se presenta un instrumento nuevo. En consecuencia, deben realizarse más investigaciones en busca de datos que apoyen la validez empírica o de criterio de la escala CV-PERC. Específicamente, es necesario explorar su asociación con medidas objetivas de la gravedad de la enfermedad, tales como la función pulmonar o el grado de disnea, por ejemplo. También deberían llevarse a cabo estudios que determinen la sensibilidad del instrumento. Por último, debe evaluarse la validez predictiva del inventario; específicamente, se debe determinar su capacidad para explicar el alcance de metas en programas de mejora de la calidad de vida de estos pacientes. Incluso, dado que los fumadores presentan una calidad de vida relacionada con la salud peor que las personas no fumadoras<sup>26</sup>, estudios futuros podrían determinar la pertinencia de utilizar el instrumento en esta población, así como su utilidad en los programas de abandono del tabaco al ayudar a identificar áreas que se ven deterioradas por el hecho de fumar.

En resumen, la escala CV-PERC parece tener una adecuada validez de constructo y se perfila como un instrumento apropiado para medir la calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, en concreto el asma y la EPOC. A diferencia de otros instrumentos, evalúa el efecto que tiene la intensidad de los síntomas en diferentes áreas de la vida del paciente, no sólo en su función física y/o emocional, lo que resulta de gran utilidad para el personal médico-asistencial a la hora de elegir el mejor tratamiento para estos pacientes de acuerdo con sus necesidades, así como en su posterior seguimiento. De hecho, Sanjuás Benito<sup>25</sup> señala que la medición de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas suele formar parte de la evaluación de los resultados de las intervenciones terapéuticas y, de esta forma, contribuye a la interpretación del significado clínico de los resultados. Si bien el instrumento propuesto contiene un mayor número de ítems que los comúnmente utilizados, su aplicación puede realizarse en unos 20 min, lo que resulta de gran utilidad dada la información precisa por áreas que puede obtenerse para ayudar posteriormen-

te al paciente a mejorar su calidad de vida, tanto desde el punto de vista clínico como de investigación.

## Bibliografía

1. Consiglio E, Belloso W. Nuevos indicadores clínicos: la calidad de vida relacionada con la salud [versión electrónica]. Medicina (B. Aires). 2003;63:172-8 [consultado 05/05/2006]. Disponible en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802003000200014&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802003000200014&script=sci_arttext&lng=es).
2. Galán A, Blanco A, Pérez M. Illness behavior, coping and health-related of quality of life. Eur Psychol. 2002;7:125-33.
3. Hörnquist JO. Quality of life: concept and assessment. Scan J Soc Med. 1989;18:68-79.
4. Patrick D, Ericsson P. Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press; 1993.
5. Wilson I, Cleary P. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA. 1995;273:59-65.
6. DeBoer JB, Van Dam FS, Sprangers MAG. Health-related-quality-of-life evaluation in HIV-infected patients. Pharmacoeconomics. 1995;8:291-304.
7. Nissenon A, Bloembergen W, Port F. EPOTIN therapy and quality of life. Canada: Grant from Angen Inc.; 1991.
8. Kuijer R, Ridder D. Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: the role of self-efficacy. Psychol Health. 2003;18:313-30.
9. Taillefer M, Dupuis G, Roberge M, Le May S. Health-related quality of life models: systematic review of the literature. Soc Indic Res. 2003;64:293-323.
10. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. Eur Resp J. 1996;9:1160-6.
11. American Thoracic Society. Quality of life resource [consultado 13/02/2008]. Disponible en: <http://www.atsqol.org/>
12. Camelier A, Rosa FW, Nascimento OA, Fernández AL, Jardín JR. Propiedades discriminativas y validez de un cuestionario de salud en pacientes con enfermedad obstructiva de la vía respiratoria: el Airways Questionnaire 20 (AQ20). Arch Bronconeumol. 2007;43:662-8.
13. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc). 1995;104:771-6.
14. Guzmán R. Obesidad y satisfacción con la vida: un diagrama de ruta [trabajo de grado para optar a título de magíster]. Caracas: Universidad Simón Bolívar; 2007.
15. Feldman-Chaberman L. Social roles, psychosocial factors and health in Venezuelan working women [tesis doctoral]. Southampton: University of Southampton; 2001.
16. Aguilar Estrada MG, García Guillén ML. Diferencias en calidad de vida de pacientes hospitalizados con EPOC y asma [versión electrónica]. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2006;19:272-5 [consultado 04/11/2007]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2006/in064g.pdf>.
17. Martínez García MA, Perpiñá Tordera M, Román Sánchez P, Soler Cataluña JJ. Consistencia interna y validez de la versión española del St. George's Respiratory Questionnaire para su uso en pacientes afectados de bronquiectasias clínicamente estables. Arch Bronconeumol. 2005;41:110-7.
18. Creutzberg E, Wouters E, Mostert R, Welings-Scheepers C, Schols A. Efficacy of nutritional supplementation therapy in depleted patients with chronic obstructive pulmonary disease [versión electrónica]. Nutrition. 2003;19:120-7 [consultado 05/05/2006]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com>.
19. Gallefoss F. The effects of patients education in COPD in a 1-year, follow-up randomised, controlled trial [versión electrónica]. Patient Educ Couns. 2004;52:259-66 [consultado 05/05/2006]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com>.
20. Miravittles M, Ferrer M, Pont A, Viejo J, Masa J, Gabriel R, et al. Treatment and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary [versión electrónica]. Qual Life Res. 2002;11:329-38 [consultado 07/05/2007]. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/cgi-bin/wdcbgi.exe/abn/mrevista.fulltext?pid=13083272>.
21. ZaWallack R, Haggerty M, Jones P. Clinically meaningful outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease [versión electrónica]. Am J Med. 2004;117:498-598 [consultado 07/05/2007]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com>.
22. Padilla A, Oliveira G, Oliveira C, Dorado A, Plata AJ, Gaspar I, et al. Validez y fiabilidad del Cuestionario Respiratorio de St. George en población adulta con fibrosis quística. Arch Bronconeumol. 2007;43:205-11.
23. Sociedad Venezolana de Tisiología, Neumonología y Cirugía Torácica. 1.ª reunión de consenso, prevención, diagnóstico y tratamiento de EPOC. Falcón: Sociedad Venezolana de Tisiología, Neumonología y Cirugía Torácica; 2000. Informe 1.
24. Anastasi A, Urbina S. Tests psicológicos. México DF: Prentice Hall; 1998.
25. Sanjuás Benito C. Medición de la calidad de vida: ¿cuestionarios genéricos o específicos? Arch Bronconeumol. 2005;41:107-9.
26. Cayuela A, Rodríguez-Domínguez S, Otero R. Deterioro de la calidad de vida relacionada con salud en fumadores varones sanos. Arch Bronconeumol. 2007;43:59-63.