

**CALIDAD DE VIDA: PROPIEDADES Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO
EN PARTICIPANTES SANOS Y ENFERMOS CRÓNICOS Y AGUDOS.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CARLOS GUSTAVO CASTRO

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ-SOSA.

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS.

La presente tesis fue posible gracias al subsidio del proyecto 34579-H del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CoNaCyT) de México y a apoyos adicionales de los proyectos IN312002 e IN309705 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnología (PAPIIT).



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“Perfect as the wing of a bird may be,
it will never enable the bird to fly
if unsupported by the air.
Facts are the air of science.
Without them a man of science can never rise.”*

Ivan Pavlov.

*“There are places I’ll remember
All my life, though some have changed
Some forever not for better
Some have gone and some remain
All these places had their moments
With lovers and friends
I still can recall
Some are dead and some are living
In my life I’ve loved them all...”*

In My Life: Lennon & McCartney.

Esther Bonilla Mendoza Vda. de Castro.

*A María Magdalena Castro Bonilla
y*

Agradecimientos.

La elaboración de este trabajo no hubiera sido posible sin la preparación y apoyo de nuestra máxima casa de estudios: la Universidad Nacional Autónoma de México, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, al Programa de Apoyo a la Innovación Tecnológica; así como al Hospital Regional de Zona Adolfo López Mateos (ISSSTE) y las Unidades de Medicina Familiar número 19 y 67 (IMSS).

Al Dr. Juan José Sánchez-Sosa por su apoyo, dedicación y también por su inquebrantable paciencia y su compromiso con la formación de psicólogos clínicos e investigadores críticos y competentes , pero ante todo por ser el mejor mentor y amigo.

A todos los miembros de mi sínodo por su dedicación y cuidado en la revisión del presente trabajo y todo lo aportado a mi formación: **Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Lic. Alicia Marisela Velázquez Medina, Dr. Miguel López Olivas y Mtra. Cristina Heredia Ancona.**

Al Dr. Luis Castro, por ser uno de los investigadores que más respeto, por toda la ayuda y enseñanzas brindadas y en testimonio de mi admiración, gracias tío.

***María Magdalena Castro Bonilla:** sin ti nada de esto sería posible; porque he recibido tu amor y apoyo incondicionales, eres quien siempre creyó en mi y mi más fuerte cimiento; tal vez no lo sepas pero soy tu más ferviente admirador, tu alma es formidable, de ti aprendí la nobleza y el amor por este mundo, aún se trate de las piedritas más modestas...Te amo Mami.*

***Abue:** porque has sido mi otra madre y jamás conocí a un ser tan noble y amoroso. Tu me criaste y me enseñaste la alegría por la vida . Espero que mi trabajo sea un tributo a tu bondad y sobre todo a la paciencia, dedicación y el amor que siempre me has brindado a manos llenas (¡¡¡sin olvidar tus deliciosos manjares!!!). El invierno sólo te ha hecho florecer, te amo viejita.*

A mi familia: Chema, Lety y Pam (y bueno también el buen Charly) ustedes son los mejores tíos que alguien pudiera desear. Me encanta saber que formo parte de su sangre.

Angélica: por haber fungido como otro gran mentor. Por todas las horas de supervisión clínica y metodológica. Gracias por todas tus enseñanzas, a pesar de las memorables peleas, pero sobretodo, gracias por siempre estar ahí (aún en la hora más oscura) y por ser mi mejor amiga.

Héctor, además de recibir la mayoría de las veces tu ayuda para cualesquiera de los asuntos del trabajo, descubrí en ti a un excelente amigo. Es un privilegio tenerte con nosotros.

Brenda: si Bren, si, también te queremos. Ya en serio, sabes que eres mi hermanita la más pequeña e igual que los hermanos tuvimos (¡¡¡y vaya que tuvimos!!!) nuestras reyertas. Te quiero.

Rodrigo y Jorge: la vida nos permitió crecer juntos, pudimos reír, jugar, discutir y hasta pelear; he observado con orgullo y admiración su desarrollo profesional y hemos compartido las andanzas de la vida la mayoría de las veces (los días grandes y las tardes lánguidas). Nadie tiene la oportunidad de escoger a sus hermanos, a los amigos si. Yo tuve la gran fortuna de elegir a mis hermanos, gracias.

Piggo, alguna vez te lo dije: al final del día sólo existen los vínculos duraderos, y en verdad son muy pocos, tu profundidad de pensamiento te hace sobresalir, sin embargo, eso no es por lo que más te admiro, son tu fortaleza y valores los inquebrantables; te quiero viejo, a pesar de que casi nunca nos vemos.

Todo-George: sabes bien que eres mi otro hermano y capitán de las aventuras más osadas; tu lealtad y bonhomía te engrandecen y sólo puedo sentirme honrado con tu amistad.

Dalyt, Garo, Rayo, Toyn, Martín, Pato y Rulo selectos compañeros de viaje... Ha sido un privilegio conocerlos, sin ustedes esto sería muy aburrido. De todos he aprendido algo y me han hecho conocer el valor de compartir con los amigos y sobretodo de disfrutar la vida.

Special Acknowledgement.

A Word of gratitude to **Dr. Bert Spilker** to whom I owe the highest respect. Thanks for all your kindness and generosity.

“Por Mi Raza Hablará el Espíritu”.

ÍNDICE.

	<i>Páginas.</i>
<i>Resumen.</i> -----	9
<i>Abstract.</i> -----	10
Capítulo 1. Introducción. -----	11
1.1 <i>Calidad de vida.</i> -----	11
<i>Estrategias metodológicas:</i>	
<i>investigación nomotética vs. ideográfica.</i> -----	13
1.2 <i>Desarrollo del constructo Calidad de Vida.</i> -----	18
<i>Felicidad.</i> -----	19
<i>Indicadores sociales.</i> -----	19
<i>Epidemiología (Estado de salud).</i> -----	21
<i>Otros Enfoques.</i> -----	22
1.3 <i>Utilidad de los Modelos Generales de Calidad de Vida.</i> -----	22
1.4 <i>Medición de Calidad de Vida.</i> -----	25
<i>Escalas.</i> -----	26
<i>Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).</i> -----	28
<i>Aspectos relevantes por padecimiento.</i> -----	34
Capítulo 2. Definición del problema. -----	37
2.1 <i>Fundamentación.</i> -----	37
2.2 <i>Objetivo General.</i> -----	38
2.3 <i>Objetivos específicos.</i> -----	39

Capítulo 3. Descripción del Inventario	
<i>de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).</i>	41
Capítulo 4. Método.	48
4.1 Validación conceptual y estadística.	48
4.2 Tipo del Estudio.	50
4.3 Participantes: Características sociodemográficas	52
4.4 Criterios de inclusión.	56
4.5 Criterios de exclusión.	56
4.6 Medición y materiales.	59
4.7 Procedimiento	66
Capítulo 5. Resultados	69
5.1 Descriptivos.	69
5.2 Análisis de varianza de una vía.	73
5.3 Análisis multivariado: análisis de función discriminante.	78
5.4 Análisis Univariado: Prueba de "rangos" (Wilcoxon)	87
Capítulo 6. Discusión	91
Referencias.	101
Anexo I.	110
Anexo II.	122

Índice de Tablas y Figuras.

Páginas.

Tablas:

Tabla 1.-----58
Tabla 2.-----61
Tabla 3.-----64
Tabla 4.-----76
Tabla 5.-----77
Tabla 6.-----83
Tabla 7.-----89

Figuras:

Flujograma 1. -----51
Figura 1.-----70
Figura 2.-----71
Figura 3.-----86

RESUMEN: La Calidad de Vida ha sido objeto de investigación desde tiempo atrás debido a su utilidad para evaluar de intervenciones clínicas, tomar decisiones sobre tratamientos médicos o psicológicos y para evaluar necesidades de la población. Existe ya una sustancial tradición en el estudio del constructo de Calidad de Vida, reflejada en los esfuerzos de los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud que ha aportado una definición ampliamente aceptada y evaluado el constructo en diversas culturas. El diseño de instrumentos que miden la Calidad de Vida forma parte de tal tradición, el bienestar, las capacidades, habilidades y funcionamiento destacan como dominios que han recibido mayor atención. Sin embargo, la investigación sobre la interacción del paciente con el médico son relativamente escasos, especialmente en poblaciones con padecimientos agudos. La presente investigación abordó la validación de un Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) incluyendo habilidades, funcionamiento y deterioro, así como interacción médico-paciente. Un total de 480 participantes divididos dependiendo de su condición médica en tres grupos contrastados: aparentemente sanos, enfermos crónicos y enfermos agudos. Los resultados revelaron propiedades psicométricas sólidas en el inventario y diferencias en Calidad de Vida entre los tres grupos. Se destaca que además de incluir dimensiones medibles, su conocimiento es útil tanto para la toma de decisiones clínicas como para el diseño de investigaciones futuras.

Palabras clave: hospitales, medición, salud, bienestar, CV.

QUALITY OF LIFE: PROPERTIES AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT IN HEALTHY PARTICIPANTS AND IN CHRONIC AND ACUTE PATIENTS.

ABSTRACT: Quality of Life (QOL) has been for long a research subject because of its usefulness to assess clinical interventions, make decisions regarding medical or psychological treatments and evaluate the needs of diverse populations. There is a substantial tradition in the study of QOL as a construct. An example includes the involvement of such international bodies as the World Health Organization which has contributed a widely used definition of QOL and evaluated the construct in diverse cultures. The development of instruments to measure QOL is part of that tradition and has involved such dimensions as wellbeing, self-efficacy, abilities and adaptation. However, research on patient-physician interaction is relatively scarce, especially in the realm of acute diseases. The present study validated the QOL and Health Inventory (INCAVISA for its initials in Spanish) including such variables as abilities, functionality and deterioration as well as patient-physician interaction. A total of 480 patients participated in three groups defined by their type of health condition or status: chronic, acute or apparently healthy. Results revealed solid psychometrical properties of the Inventory as well as QOL differences among the three groups. Conclusions point out that, in addition to good measurement susceptibility QOL data are useful to guide clinical decisions and to design future research.

Key words: hospitals, measurement, health, wellbeing, QOL

Capítulo 1. *Introducción.*

1.1 *Calidad de vida*

Algunos organismos internacionales han definido la salud como: “...el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1948). Esta definición incluye de manera implícita a la calidad de vida (CV) como elemento central del bienestar humano, sin embargo, no existe como tal una definición universalmente aceptada de calidad de vida (Katschnig, 2000) y pareciera utilizarse cada vez más como un indicador del bienestar general de una población o bien para evaluar la efectividad de los tratamientos clínicos para pacientes en diversas condiciones de salud.

La CV ha sido objeto de investigación por parte de profesionales pertenecientes a muy diversas disciplinas (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). Así la contaminación ambiental, la deforestación y el consumo de energía son indicadores ecológicos que afectan la CV en una región dada; el crimen, las tasas de suicidio, la violencia social y el ingreso *per cápita* son indicadores económicos del bienestar e impactan la CV; las tasas de mortalidad, morbilidad y expectativa de vida son indicadores epidemiológicos de la salud en una población y también se relacionan con la CV (Fernández-Ballesteros, 1998). Sin embargo, todos estos indicadores, a pesar de estar relacionados con la CV no representan en sí una dimensión concreta.

Se trata pues de una variable que ha recibido reiterada atención y es notable la diversidad de formas en que se ha conceptualizado y medido. Si bien el desarrollo de la misma como objeto de estudio es relativamente reciente, quizá por la

diversidad de objetivos y variables que se han incluido en su estudio como: satisfacción con la vida, morbilidad, niveles de funcionamiento social y laboral o efectos adversos de tratamientos médicos (González-Celis, 2002), en realidad, éstos aspectos, son en sí una serie de atributos y características relacionados semánticamente con el término “calidad” aplicada al concepto vida (Fernández-Ballesteros, 1998).

Otra de las definiciones más recientes de CV de mayor uso y quizá la más completa es la que establece la propia Organización Mundial de la Salud: “La calidad de vida, es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper & Power, 1998; World Health Organization, WHO, 1995). Esta definición busca abarcar tanto factores objetivos y situacionales de las personas como aquellos relativos a la percepción subjetiva de los propios individuos (González-Celis, 2002), es decir, que además de los indicadores tradicionales (epidemiológicos tales como tasas de mortalidad, financieros como incremento en el nivel de ingreso económico, etc.) es menester incluir factores sociales y psicológicos (Fernández-Ballesteros, 1998), por ello la OMS (World Health Organization: WHO, por sus siglas en inglés) ha concebido la CV en cinco dominios o áreas de contenido: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y medio ambiente (WHO,1993).

La mayoría de los autores en esta línea, han concebido la CV como un concepto cuyos componentes incluyen tanto variables internas (salud percibida, satisfacción en la vida, habilidades funcionales, etc.) como externas (estatus socio-económico, nivel de ingreso económico, estado de salud, oportunidades de desarrollo personal y uso efectivo del tiempo libre, así como factores ambientales y acceso a los recursos

materiales y sociales, por ejemplo servicios de salud, trabajo, actividades recreativas, etc; Fernández-Ballesteros, 1998, Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). Calidad de Vida es entonces un concepto multidimensional que conviene operacionalizarse en términos de dimensiones interrelacionadas y es un constructo que se ha evaluado tradicionalmente desde dos aproximaciones teóricas en psicología: la nomotética y la idiográfica.

Estrategias metodológicas: investigación nomotética vs. idiográfica.

Dos estrategias metodológicas en la investigación psicológica (McGuigan, 1997) que por extensión natural son aplicables al campo de la CV, son la nomotética y la idiográfica.

El método idiográfico involucra el estudio de un individuo, concebido como ser único con características que lo separan y distinguen de otros individuos; también puede ser el estudio de los sucesos cambiantes de una circunstancia individual (Wikipedia, *The Free Encyclopedia*, 2007). En psicología, usualmente se utiliza la estrategia idiográfica buscando una comprensión de las diferencias individuales (Phares y Trull, 2003) o de manera más específica hacer comparaciones sobre un mismo individuo a lo largo del tiempo (McGuigan, 1997). En contraste el método nomotético es el estudio de las leyes lógicas, los procesos causales e invariables que expliquen objetivamente fenómenos de la naturaleza.

En psicología, el método nomotético, suele usarse principalmente para estudiar diferencias entre los grupos (Phares y Trull, 2003), frecuentemente incluye las diferencias de los valores medios entre los grupos ,usualmente, en estudios de tipo *transversal* y *entre-grupos* (McGuigan, 1997).

Con respecto a la medición de la CV, ambas estrategias (nomotética e idiográfica) se utilizan por los investigadores. Un enfoque de tipo socio-normativo para la investigación de la CV es de tipo nomotético (Fernández-Ballesteros, 1998), donde se estudian diferencias grupales y no individuales y en donde, el argumento central es que para evaluar la CV de una población o grupo determinado, es necesario conocer mediciones objetivas, generalmente externas de dimensiones que afectan la CV (por ejemplo, los recursos financieros, la calidad ambiental, el acceso a servicios médicos, los resultados de una intervención clínica, etc). Sin embargo la premisa es siempre intentar obtener medidas relativamente objetivas, de ahí que numerosos investigadores reiteren la necesidad de obtener valoraciones adicionales complementarias a la entrevista directa, un método muy socorrido se apoya en observadores externos como son los cuidadores, familiares y profesionales de la salud, en el caso de la evaluación de resultados de un tratamiento. Otro ejemplo incluiría indicadores ambientales y económicos como el nivel de ingreso, o la cantidad de contaminación en una zona determinada y el acceso a áreas verdes, evaluados por fuentes externas a la población bajo estudio (Lehman, 2000).

En contraposición, a decir de algunos teóricos e investigadores, el componente esencial y determinante para evaluar la CV es la percepción subjetiva de cada persona (Schwartzmann, 2003) que en realidad se trata de una variable psicológica (González-Celis, 2002). Se ha argumentado que la mejor fuente de información sobre la CV es el propio individuo, y será él quien determine cuáles aspectos de la propia CV son los más importantes, ya sea respecto al bienestar percibido antes y después de una intervención médica y/o psicológica, o a la satisfacción que obtiene en su

propia vida, o la percepción de funcionalidad con respecto a sus actividades diarias (Fernández-Ballesteros, 1998).

Autores como Campbell han hecho énfasis sobre la conveniencia de estudiar la CV desde la subjetividad de los involucrados: "...Si nos hallamos primordialmente preocupados en describir la experiencia de calidad de vida de la población, necesitaremos mediciones diferentes a aquellas usadas para describir las circunstancias objetivas en las que la gente vive. Tendremos que desarrollar mediciones que vayan directamente hacia la experiencia en sí misma. Estas mediciones *subjetivas* seguramente carecerán de la precisión de aquellos indicadores expresados en cantidades de dólares, unidades de tiempo, o metros cuadrados, pero poseerán la gran ventaja de lidiar directamente con lo que queremos saber, el sentido de bienestar del individuo." (Campbell, 1976).

Inclusive hay quien señala que aún los indicadores que tradicionalmente se consideran como "objetivos" (nivel de ingreso, calidad ambiental, estado de salud) pueden evaluarse desde la perspectiva del propio individuo, es decir de manera subjetiva e idiográfica (Fernández-Ballesteros, 1998).

Las apreciaciones subjetivas, sin embargo, también presentan dificultades, una muy frecuente es que un individuo puede exhibir una distorsión sobre su CV general en función de sus emociones. Por ejemplo, en el ámbito de la C.V. relacionada con la enfermedad mental, muchos pacientes deprimidos o psicóticos suelen reportar inconsistencias importantes con respecto a su felicidad y satisfacción con la vida, dependiendo del estado emocional al momento de la entrevista. Cuando existen síntomas maniacos (de euforia), los pacientes suelen valorar tales aspectos de manera exageradamente positiva, en cambio cuando predominan la disforia o la

melancolía, la evaluación es excesivamente negativa y tales apreciaciones casi nunca se corresponden con el reporte de los mismos pacientes en estados menos alterados. Se ha denominado a ésta distorsión como *la falacia afectiva* (Katschnig, 2000).

La falacia afectiva posee un espectro que rebasa los escenarios de la salud mental, ya que suele observarse en diversos pacientes no necesariamente psicóticos (Katschnig, 2000); frecuentemente la información obtenida se halla matizada por el estado emocional de la persona entrevistada y eso produce efectos distorsionantes al momento de interpretar los datos. Entre los más comunes, se encuentran el efecto *de techo* y el efecto *de suelo*; el primero sucede debido a que el participante reporta niveles inusualmente altos de un indicador (sea psicológico, médico o de otra índole), es decir mejoría en CV como resultados positivos de algún suceso reciente. El efecto *de suelo*, en contraste, es aquél en el que el participante reporta niveles inusualmente bajos de CV derivados de algún evento negativo reciente, tales efectos pueden ocultar diferencias entre individuos y evitar la detección de cambios (Clark-Carter, 2002). Debido a lo anterior, dentro del inventario utilizado en la presente investigación se ha incluido la oportunidad de describir sucesos recientes y cambios vitales con objeto de reducir o ponderar sesgos que pudieran afectar las respuestas.

Además, la investigación parece señalar que las personas tienden a encontrar un punto de adaptación a la enfermedad, toda vez que se habitúan a los síntomas de su condición médica y a los efectos secundarios del tratamiento (Schwartzmann, 2003). Sin embargo, ello no implica que estén bien y que los dominios de CV se hallen intactos, pues sólo representa un mecanismo adaptativo. Muchos pacientes tienden a ajustar sus estándares de CV “a la baja”, este fenómeno se ha denominado *la falacia del estándar cambiante* (Katschnig, 2000) y establece que: “si alguien no puede cumplir

sus propósitos, se cambian dichos propósitos”, o bien puede suceder que los pacientes encuentren otros aspectos de sus vidas como el apoyo social, las condiciones materiales o el cumplimiento de un rol social como elementos con mayor peso en su CV global (Schwartzmann, 2003); Por ello, parece conveniente incluir mediciones sensibles a las fluctuaciones en los estados de ánimo y las valoraciones cognitivas de los pacientes así como suficientes dominios de evaluación con objeto de abarcar la mayor cantidad posible de aspectos y complementar la información recabada con entrevistas de diagnóstico o valoración.

Dado que no existe una definición universal de CV que incluya todas las dimensiones relevantes para todos los grupos o individuos (Katschnig, 2000; Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006) y que las mediciones, objetivas y subjetivas sean importantes, lo recomendable es un enfoque complementario que abarque las percepciones subjetivas y las compare con indicadores objetivos así como efectuar evaluaciones desde ambas aproximaciones, la nomotética y la idiográfica.

1.2 Desarrollo del Constructo Calidad de Vida.

Tradicionalmente la medicina institucional ha evaluado la calidad de sus servicios centrándose en la reducción y control de síntomas, tiempos de recuperación y hospitalización de los pacientes, con poco o ningún interés en aspectos que incluyen: el bienestar y la autonomía de los usuarios de los servicios médicos (Katschnig, 2000).

En una revisión de los orígenes e historia de la investigación de la variable CV algunos investigadores han identificado tres enfoques desarrollados en las líneas de

“felicidad”, “indicadores sociales” y “estado de salud” (Barge-Schaapveld, Nicolson, Delespaul & de Vries; 2000).

Felicidad.

La felicidad como constructo psicológico se investigó en la década de los sesenta del siglo pasado y pronto comenzó un debate sobre cómo definirla. El primer problema fue el hecho de que la felicidad tendía a asociarse con el tipo e intensidad de humor o talante positivo experimentado, sin embargo éste no resultaba suficiente para determinar un grado de felicidad global del individuo; aparentemente el humor negativo es un elemento indispensable a la hora de investigarla, además de que felicidad como tal es un término vago y generalmente tendería a asociarse a otros conceptos en el corto y largo plazo y con el bienestar (Barge-Schaapveld, et al. 2000).

Indicadores sociales.

Inicialmente se utilizaron la tasa de crecimiento económico y el producto interno bruto como índices de la “cantidad de felicidad” en las sociedades occidentales (Campbell, 1976). En particular la sociedad estadounidense ha tenido gran influencia en la medición de la CV y la felicidad asociada, utilizando el crecimiento económico y el ingreso *per cápita* como el referente más importante. El movimiento de indicadores sociales surgió como alternativa a esa propuesta inicial e hizo objeto de investigación aspectos no considerados mediante el monitoreo de cambios en áreas de la vida pública tales como: la educación, la salud, el empleo, la criminalidad, la participación pública en la política, el crecimiento poblacional y la migración. Se ha argumentado que un incremento en varias de tales áreas como son el nivel educativo, el nivel de empleo, la calidad de los servicios médicos, etc; así como en la calidad ambiental (del aire, del agua, bajos niveles de contaminación) se traducen en un incremento positivo de la CV (Campbell, 1976).

El crecimiento poblacional y los consecuentes problemas en desarrollo económico y social en países subdesarrollados, reflejados en desigualdad en la distribución de los

recursos y el bienestar social ha suscitado un interés en indicadores de bienestar social englobados en lo que tendió a llamarse “nivel de vida” en un principio y posteriormente “calidad de vida” (Albrecht y Fitzpatrick, 1994). Desde esta perspectiva, se ha medido la CV de una sociedad determinada, evaluando la opinión de los ciudadanos en cuanto a cómo ha mejorado o disminuido como efecto de programas sociales (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). Sin embargo, desde un punto de vista macrológico, para las instituciones de salud, la CV solía relacionarse con indicadores socio-económicos; así cualquier incremento en el estatus social o laboral de las personas durante un periodo de intervención o en evaluaciones inmediatas posteriores se consideraba como un efecto de mejoría con significancia clínica (González-Celis, 2002). Esta perspectiva pronto resultó inadecuada pues no siempre se relacionaba con la apreciación personal de los pacientes (Campbell 1976), ni con los resultados clínicos de las intervenciones.

El problema de utilizar solamente indicadores sociales como medida de la CV es que los aspectos objetivos (ingreso, bienestar material, etc.) resultan insuficientes para reflejar la CV, pues aparte de ser una medición con referentes exclusivos al estatus social o económico, no contemplan elementos subjetivos resultantes para la CV en las personas (Barge-Schaapveld, et al 2000). Es importante considerar la relatividad del contexto social y cultural de los individuos.

Epidemiología (Estado de Salud).

Se han utilizado la tasa de mortalidad, la morbilidad y la expectativa de vida como indicadores sociales de CV (Dolan, 1998; Schwartzmann, 2003), sin embargo, la reducción de la mortalidad y el incremento en la expectativa de vida derivados del desarrollo de nuevas tecnologías y medicamentos sumados al hecho de que en los

últimos años ha habido un incremento de las enfermedades crónicas globalmente (Moriarty, Zack and Kobau, 2003; WHO, 2002) han hecho deficientes a aquellos indicadores para reflejar adecuadamente la CV de los pacientes. El que la gente viva más y sobreviva a enfermedades que en el pasado eran mortales, no implica que tengan una mejor CV. En este sentido, reviste mayor importancia la satisfacción que posee la persona con el tipo de vida, especialmente la de aquellos que sobreviven, o viven con algún padecimiento con efectos deteriorantes sobre sus capacidades, estado global de salud y bienestar (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006; Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002). Actualmente se ha vuelto necesario el uso de mediciones más sensibles (Barge-Schaapveld, et al 2000) que incluyan la evaluación del efecto que tienen las intervenciones clínicas (médicas y/o psicológicas) (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006) sobre la percepción de bienestar y la CV.

Otros Enfoques.

Recientemente se han propuesto tres campos delimitados para medir CV: a) el estado funcional (lo que la persona es capaz de hacer), b) el acceso a los recursos y oportunidades (para que la persona funcione en congruencia con sus necesidades e intereses) y c) la sensación de bienestar, siendo las dos primeras dimensiones objetivas y la última subjetiva (Lehman, 2000).

En síntesis, la calidad de vida requiere concebirse y medirse desde múltiples ángulos que cubran distintos dominios aparentemente independientes. Un área o dominio específico puede evaluarse como muy satisfactorio mientras otro no, o bien diferentes áreas pueden ser más importantes para algunas personas que para otras (Becker y Diamond, 2000).

1.3 Utilidad de los modelos generales de CV en Salud.

La utilidad en la medicina del concepto CV se ha señalado como relevante por diversos investigadores para: 1) la planificación de la atención a la salud con base en las necesidades de una población, 2) la evaluación de resultados en ensayos clínicos y en la investigación sobre los servicios de salud y 3) para elegir las mejores decisiones en cuanto a la distribución de recursos (Albrecht y Fitzpatrick, 1994).

Si bien no existe un marco conceptual único para abordar el concepto de CV, éste tiende a ubicarse en tres dimensiones globales en cuanto al área de la salud: a) la CV general, b) la CV relacionada con la salud (CVRS) y c) la CV específica para cada enfermedad (Lehman, 2000).

- a) La CV general suele medirse como un estado global de bienestar usualmente con respecto a los tradicionales indicadores sociales, físicos y psicológicos (Arnold, Ranchor, Sanderman, Kempen, Ormel & Suurmeijer, 2004).

- b) La CV relacionada con la salud (CVRS) suele incorporar la percepción subjetiva del paciente resaltando sus preferencias individuales o bien enfocándose en perfiles de salud determinados por la funcionalidad en múltiples dominios, incluidos aquellos relativos a la salud aún en condiciones de enfermedad (Schwartzmann, 2003). En este contexto, se pueden mencionar perfiles de CV determinados por la cantidad de años de salud equivalentes a un estado de salud dado en un periodo determinado tal como el “perfil de equivalencia de años saludables” (“Healthy-years-equivalent, o HYE”) o perfiles más dinámicos como el de “años de vida de calidad ajustada” (“quality-adjusted life years” o QALYs) en el que se calcula el promedio del valor de cada uno de los estados de salud del perfil multiplicándolo por el tiempo vivido en dicho estado (Dolan, 1998), en un apartado posterior se hará una descripción más extensa del concepto CVRS.

- c) Finalmente, la CV específica para cada enfermedad suele estar evaluada por instrumentos enfocados en indicadores exclusivos de enfermedades particulares, es decir, áreas diseñadas a partir de la sintomatología asociada a los distintos padecimientos así como los efectos secundarios del tratamiento para el padecimiento particular en cuestión.

Spilker (1998) ha sintetizado las diversas aproximaciones para el estudio de la CV individual y grupal dentro de lo que ha denominado *Modelo Jerárquico de Calidad de*

Vida que comprende las formas más aceptadas para la evaluación de la CV y consiste en tres niveles:

- 1) La CV general. Se evalúa como: “la satisfacción completa del individuo con la vida, y el sentido general de bienestar personal”. Este nivel incluye los aspectos generales de la CV y se evalúa más como un estado global y se puede medir pidiendo a los pacientes que evalúen su CV y bienestar general en términos cuantitativos, por ejemplo: “en una escala del 1 al 100 ¿cómo evaluaría usted su CV?” (en una escala visual análoga). También es útil indagar sobre la base de referentes temporales, es decir, establecer si se le preguntará al paciente sobre las últimas 24 horas, la última semana, meses, etc. Generalmente se requiere que el paciente haga la evaluación global de su CV, excepto en casos relacionados con el deterioro causado por una enfermedad, en tal caso el médico hace una evaluación más completa y confiable.
- 2) El segundo nivel (medio) separa al primero en dominios específicos de CV: físico, psicológico, social, económico y espiritual. Los dominios psicológico, social y físico suelen ser los más utilizados en investigación por cubrir aspectos básicos de la CV (Arnold, et al. 2004).
- 3) En el tercer nivel se evalúan los componentes esenciales de los dominios pertenecientes al segundo nivel. Éste incluye aspectos específicos de cada dominio, el psicológico incluiría variables tales como: ansiedad, depresión y factores cognitivos; el dominio físico, comprende aspectos tales como: funcionalidad, habilidades motoras y capacidad de desplazamiento. Cada

componente individual puede cuantificarse de tal manera que la sumatoria de ansiedad, depresión, factores cognitivos y el estilo de afrontamiento, por ejemplo, arrojarían un porcentaje global para el dominio psicológico. Así entonces, cada área o dominio puede medirse por la combinación de sus partes.

1.4 *Medición de la Calidad de Vida*

La OMS establece cada faceta a evaluarse de la CV como la descripción de una conducta, un estado, una capacidad o potencial y una percepción o experiencia subjetiva (OMS, 1998). Así mismo, describe seis ámbitos que concentran dichas facetas:

- 1) *Ámbito físico*: dolor y malestar, energía y fatiga, sueño y descanso.
- 2) *Ámbito psicológico*: sensaciones positivas, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, concepto que la persona tiene de su cuerpo y de su aspecto, sentimientos negativos.
- 3) *Grado de independencia*: movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de una medicación o de tratamientos y capacidad de trabajo.
- 4) *Relaciones sociales*: relaciones personales, apoyo social y actividad sexual.
- 5) *Medio*: seguridad física, medio doméstico, recursos financieros, salud y atención social (incluyendo disponibilidad y calidad), oportunidades para obtener nueva información y adquirir nuevas aptitudes, oportunidades de, y

participación en actividades recreativas y de ocio, medio físico (incluyendo contaminación, ruido, tráfico y clima), transporte.

6) *Espiritualidad*: religión y creencias personales.

Escalas:

El sistema de las Naciones Unidas recomienda que las escalas de respuesta se ajusten a la expresión lingüística de cada cultura y en consecuencia construirse con cuatro modalidades que pueden reducir la diversidad, ambigüedad y confusión ocasionada por las diferencias culturales (OMS, 1998). Tales modalidades son:

- 1) **Intensidad**: las preguntas pueden referirse al grado o intensidad en que una persona experimenta un estado (p.ej; dolor) o al nivel o fuerza de una conducta (p.ej; comer). Los puntos extremos de respuesta en estas escalas son del tipo: “en absoluto”, “extraordinariamente” o “muchísimo”.
- 2) **Capacidad**: esta modalidad se refiere a la capacidad para experimentar una emoción o sentimiento, un estado o una conducta, suponiendo que una mayor capacidad se asocia con cambios en la CV (p. ej. la capacidad o energía para realizar las actividades de la vida cotidiana). Los puntos extremos suelen ser: “en lo absoluto” y “completamente”.
- 3) **Frecuencia**: las escalas de respuesta relativas a la frecuencia se relacionan con la tasa correspondiente a un estado o conducta; el número de apariciones del estado o la conducta asociada con cambios en la CV (por ejemplo: la frecuencia

de sentimientos negativos, estado de ánimo deprimido, o bien, frecuencia de dolor físico). Los puntos extremos son: “nunca” y siempre”.

- 4) Evaluación de estados o comportamientos: la última modalidad de escalas de respuesta descrita por la OMS corresponde a la evaluación de un estado, capacidad o conducta; entre más positiva sea la evaluación de esos aspectos, mayor es la CV del sujeto; a diferencia de las otras escalas (intensidad, capacidad y frecuencia) esta última modalidad suele tener un punto medio neutral y sus extremos son relativos y no absolutos: “muy feliz” , “muy infeliz” , “muy satisfecho” , “muy insatisfecho” .

Una nota precautoria de la OMS se refiere a que el uso de escalas métricas se corresponda con los puntos extremos y los puntos intermedios de las escalas de respuesta; es decir, para que exista equivalencia de respuestas entre diferentes idiomas en el caso de una escala a traducirse, es necesario aparear la escala verbal con una de tipo métrico que contenga puntuaciones o porcentajes que equivalgan a los puntos de la escala de respuesta, por ejemplo: a “muy insatisfecho” le correspondería un 0% y a “muy satisfecho” le correspondería un 100%, mientras que a los puntos intermedios “satisfecho” o “poco satisfecho” les correspondería un 75% y un 25% respectivamente (WHO, 1998).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

El estado de salud ha sido un elemento muy importante como mediador de la CV, en particular con respecto al caso de las enfermedades y/o trastornos específicos, ya que se ha traducido en investigación sobre el impacto de la enfermedad sobre la CV y también ha ayudado a la evaluación de las intervenciones terapéuticas

correspondientes (Barge-Schaapveld et al; 2000); así mismo, el estado de salud parece ser, en concordancia con la literatura de investigación, el componente central que agrupa a varias de las otras dimensiones de la CV global (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). Por ello, actualmente la investigación se ha orientado a evaluar la *Calidad de Vida Relacionada con la Salud* (CVRS), y usualmente se ha evaluado con respecto a cuatro factores: *función física, estado psicológico, función e interacciones sociales y sintomatología física* (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

También es importante recordar que el estado de salud se ha concebido en términos de enfermedad y el impacto que tiene sobre las personas, incluyendo indicadores objetivos e importantes como la morbilidad y la mortalidad (Dolan, 1998).

Así, el concepto de CVRS incluye todos aquellos aspectos relacionados directamente con la salud del individuo y se ha utilizado primordialmente en el campo biomédico (Fernández-Ballesteros, 1998), pues está estrechamente relacionado con la enfermedad o con los efectos del tratamiento (Velarde-Jurado y Ávila Figueroa, 2002). Se trata de un concepto multifactorial que incluye aspectos internos y externos; se evalúan aquellos aspectos que tengan impacto sobre la salud general (por ejemplo: características de personalidad, motivación o estilos de afrontamiento) y por ende afecten la CV y también se miden aspectos externos que puedan ser instrumentales para afrontar una enfermedad específica, como el apoyo económico o instrumental que proveen cuidadores, familiares y amigos (redes sociales), los factores ambientales como la calidad del aire (en específico para poblaciones con enfermedades respiratorias; Spilker, 1998), o bien, el acceso a servicios de salud y atención social para la población en general (OMS, 1998); así mismo, se evalúan la

percepción de los propios pacientes sobre su condición médica, su salud y el grado de bienestar y malestar con su vida (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Autores como Dolan (1998), señalan que lo trascendente con respecto a la evaluación, son los niveles de CVRS que un individuo experimenta en el periodo en consideración, es decir el momento de la investigación (sea esta una evaluación clínica de resultados de una intervención), lo que equivale a decir que se evalúan dos componentes esenciales del perfil de CVRS: a) los diferentes estados de salud en los que se encuentre un individuo y b) los distintos periodos en los que el individuo permanezca dentro de dicho estado. En principio, para cuantificar ambos componentes, se requiere un nivel de análisis correspondiente a una escala de intervalo (Dolan, 1998) ya que ésta posee la ventaja de brindar información sobre la gravedad de los estados de salud en función de la distancia entre los distintos puntos que establece este nivel de análisis.

Entre los métodos que se han utilizado para la medición de CVRS, típicamente se ha recurrido a las escalas visuales análogas en las que se pide al sujeto que elija una opción dentro de un continuo cuyos puntos extremos van de 0, (que representa típicamente la *peor* opción) a 100, (que usualmente representa la *mejor*), con puntos intermedios entre cada extremo, por ejemplo, ante la pregunta “¿cómo evaluaría Ud. su calidad de vida?, las opciones de respuesta fluctuarían entre 0 = la peor CV posible y 100 = la mejor CV posible y cuyos puntos intermedios podrían ser mala calidad de vida = 20 y buena calidad de vida = 80 dentro de la escala).

Existen otros aspectos, en cuanto al diseño de escalas de CVRS cuya importancia conviene mencionar. Los instrumentos de CVRS pueden dividirse en dos categorías: genéricos y específicos (Spilker, 1998).

Los instrumentos genéricos se enfocan primordialmente en el grado de deterioro en una población o en un grupo de pacientes y producen como resultado *perfiles del estado de salud*. Sus mayores ventajas son: que detectan efectos diferenciales en diversas áreas de la salud, favorecen comparaciones entre intervenciones y condiciones de salud y pueden permitir análisis de costo-beneficio. Las mayores desventajas son: que podrían enfocarse inadecuadamente al área de interés debido a su inespecificidad y suscitar dificultades al determinar el valor de los beneficios; y tampoco brindan información suficiente sobre una condición médica particular (Spilker, 1998).

Los instrumentos específicos pueden enfocarse a una enfermedad (asma, cáncer, VIH, etc.), a una población (viejos, crónicos, agudos, etc.) o a una función específica (función sexual, sueño, hábitos alimenticios, etc.)¹. Las mayores ventajas de estos instrumentos residen en que: son sensibles a cambios clínicos debido a que brindan información sobre las peculiaridades de una enfermedad, población o función determinada. Sus mayores debilidades son que: no permiten comparaciones intergrupales, podrían ser limitados con respecto a la evaluación de poblaciones ó intervenciones ya que están restringidos a los dominios de relevancia para la población, función o enfermedad blanco; suelen no incorporar aspectos relevantes

¹ Si bien la función sexual, el sueño y los hábitos alimenticios no representan por sí mismos a la CVRS, sí son áreas con un peso relativamente alto en la conformación de aquella y por lo tanto, existen instrumentos diseñados para evaluar estas funciones por separado (Spilker, 1998).

para la CVRS en términos generales (Spilker, 1998). Pareciera entonces que existe la necesidad de encontrar un punto medio entre la generalidad y la especificidad.

Existen múltiples instrumentos para medir CV general (WHOQoL-100, 1997; WHOQoL-Bref, 1998; EuroQoL-5D, 2000, entre otros), así como también existen algunas escalas enfocadas en la medición de CV relacionada con la salud (por ejemplo: SF-36, 1998; (Sickness Impact Profile SIP, última revisión 1981) y en cuanto a padecimientos específicos como cáncer y enfermedades crónicas (por ejemplo: QL-index, 1988), por mencionar algunos de los más conocidos.

En cuanto a la CV general, los instrumentos de la OMS tanto el WHOQoL-100 como su versión breve WHOQoL-Bref están diseñados a partir de las directrices publicadas por el propio organismo internacional y exploran seis y cuatro dominios respectivamente: dominio físico, dominio psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/religión/creencias personales; exceptuando ésta última área y el nivel de independencia para el caso del WHOQoL-Bref. Otro instrumento, el EuroQoL-5D contiene cinco dimensiones a evaluarse: actividades cotidianas, movilidad, cuidado personal, dolor y estado de ánimo.

En cuanto a aquellos instrumentos diseñados para evaluar la CV relacionada específicamente con la salud (CVRS), el SF-36 consiste en ocho escalas que conforman dos áreas. Funcionamiento físico, rol-físico, dolor corporal y salud general constituyen al ser sumadas el área de "salud física"; las escalas: vitalidad, funcionamiento social, rol-emocional y salud mental componen el área "salud mental".

El perfil de impacto de la enfermedad (SIP, por sus siglas en inglés), explora doce categorías que constituyen tres dimensiones; las categorías son las siguientes: ambulatoria, movilidad, cuidado corporal y movimiento que conforman la dimensión física; comunicación, nivel de alerta, conducta emocional, interacción social correspondientes a la dimensión psico-social y finalmente las categorías: descanso y sueño, alimentación, trabajo, administración del hogar y recreación y pasatiempos consideradas parte de una tercera y última dimensión independiente.

El QL-Index, como representante de aquellas escalas diseñadas específicamente para un padecimiento, evalúa cinco áreas: actividad, vida cotidiana, salud, apoyo y perspectiva psicológica.

Los instrumentos existentes hacen énfasis en la sintomatología, la mejoría, el funcionamiento y las habilidades (Gladis, Gosch, Dishuk y Crits-Christoop, 1999) pero no suelen considerar las áreas relacionadas con las intervenciones médicas y la percepción del impacto que éstas tienen sobre la CV del paciente; Además, la literatura de investigación prácticamente no contiene comparaciones entre los perfiles de escalas diseñadas para evaluar la CVRS entre quienes sufren enfermedades crónicas y padecimientos agudos. Por otra parte, en general la investigación sobre el deterioro en CVRS en poblaciones agudas permanece escaso; Varias búsquedas en las principales bases electrónicas de datos (MEDLINE, PsycINFO) arrojaron cero artículos al respecto realizando cruces entre CV y enfermedades agudas, padecimientos temporales ó enfermedades breves; La relación de la CV con el término “agudo”, “temporal” y “breve”, arroja 249 artículos, sin embargo todos ellos estaban relacionados con episodios agudos de enfermedades graves y crónicas, o bien episodios agudos de intervención médica en terapia

intensiva. Es en estas carencias de información donde reside la importancia de desarrollar un instrumento que incorpore tales aspectos además de comparar individuos enfermos en distintas condiciones de gravedad, por ejemplo enfermos crónicos vs. enfermos agudos.

Aspectos relevantes por padecimiento.

A decir de Katschnig (2000), una dificultad primordial del término/concepto CV reside en su amplitud, pues más que constituir una variable única y concreta es una sumatoria de variables que aglutina toda una diversidad de dominios como: salud, familia, relaciones sociales, trabajo, situación económica, lugar de residencia, ocio, acceso a servicios de salud. En síntesis, se trata de un concepto tan amplio como el concepto de enfermedad.

La CV suele verse afectada a diferentes niveles en condiciones de enfermedad (Arnold et al; 2004). En el caso del paciente diabético por ejemplo, se restringe el consumo de ciertos alimentos aunque uno de los síntomas del padecimiento es la polifagia (aumento de apetito) (Cortazar-Palapa, 2003; Czyzewski, 1988). El padecimiento impone demandas de cambio en el estilo de vida y las afecciones físicas derivadas directamente de las complicaciones graves de la enfermedad: ceguera, insuficiencia renal, enfermedades cardio-vasculares, microangiopatía (acumulación de lípidos en las paredes de los vasos capilares), neuropatía diabética (daño al sistema nervioso central), y macroangiopatía (o aterosclerosis, que es la acumulación de colesterol en las arterias), etc; El cambio en el estilo de vida así como las complicaciones y dolencias derivadas de la enfermedad con frecuencia abaten la CV del paciente (Morato y Posadas, 1998) impactando generalmente la de sus familiares pues el padecimiento impone demandas que afectan la interacción del

enfermo con su núcleo social mas cercano que usualmente es la familia o quienes fungen como cuidadores (Cortazar-Palapa, 2003).

Un paciente hipertenso verá disminuida su CV en diversas maneras; Es frecuente que la exposición al uso de fármacos para controlar la presión arterial conlleve en sí una serie de efectos colaterales que impactan la CV, así como cambios en el estilo de vida que resulten difíciles de llevar a cabo por los propios pacientes (Riveros, 2002) de tal manera que aún sin describir a profundidad las complicaciones de la enfermedad (por ejemplo: hipertrofia e insuficiencia cardiacas, infarto, aneurisma, encefalopatía hipertensiva, demencia vascular, y afectaciones a otros órganos como la nefrosclerosis o insuficiencia renal; WHO, 2002), la CV de vida del paciente hipertenso suele verse impactada, aún cuando la hipertensión suele ser una condición asintomática, sin embargo los efectos secundarios de la medicación anti-hipertensiva suelen percibirse e incluyen: dolor de cabeza, mareo, estreñimiento, baja de energía o efectos sedantes y alteraciones del funcionamiento sexual (Riveros, 2002), además que su tratamiento implica cambios en el estilo de vida como el cambio de dieta que puede impactar inicialmente de forma negativa sobre la CV (Plaisted, C; Lin, P; Ard, J; Mc Clure, M. & Svetkey, L; 1999).

Para el caso del paciente seropositivo (portador del VIH), el daño sobre la CV dependerá de la etapa de infección en la que se encuentre. Usualmente los primeros síntomas, previos al diagnóstico de infección por VIH (sero-conversión) causan molestias leves a moderadas que pueden llegar a pasar desapercibidas, en la segunda etapa el virus se halla en estado latente, la sintomatología prácticamente desaparece y los pacientes pueden llevar una vida funcional en todos los aspectos; una vez terminada la fase latente suele desarrollarse linfadenopatía (inflamación de

los ganglios linfáticos) persistente generalizada, como resultado de una inmunodepresión drástica que puede durar meses antes la aparición de los síntomas relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida que incluyen: pérdida súbita de peso, diarrea crónica, fiebre persistente, sudores nocturnos, pérdida de energía e irritaciones cutáneas persistentes (Allen, 1998). En la fase más aguda sobreviene la aparición de enfermedades infecciosas oportunistas que incrementan las complicaciones múltiples y simultáneas que desencadenan el proceso terminal y finaliza con la muerte (Allen, 1998; Granados-Ramírez, 2004; UNAIDS, 2005). Además de los problemas médicos, el funcionamiento global del paciente seropositivo se deteriora como efecto de la carga emocional y la disfunción interpersonal que acompañan la evolución del padecimiento ya que afectan el estado psicológico y social del enfermo. Las capacidades físicas también se deterioran a medida que la enfermedad avanza, por lo tanto se ha hecho un importante esfuerzo para evaluar y mejorar la CV de los pacientes seropositivos, especialmente la de aquellos en estado terminal (Sánchez Sosa y González-Puente, 2002).

Capítulo 2. Definición del problema

2.1 Fundamentación.

En la arena de la salud pública, existe la necesidad de acceder a evaluaciones útiles por su validez y confiabilidad para intervenciones médicas y psicológicas (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006, Cardiel-Ríos, 1994; Fernández-Ballesteros, 1998.) o bien, para la medición de la CV o CVRS de una población (Spilker, 1998), tal y como se mencionó en secciones anteriores, por lo tanto la propuesta de este estudio es evaluar las propiedades psicométricas del Inventario de Calidad de Vida y Salud, cuarta versión, así como explorar la sensibilidad del instrumento para discriminar principalmente entre dos condiciones de enfermedad: enfermedades agudas¹ y padecimientos crónicos y si éste puede detectar cambios de una condición aguda a una condición saludable. También se ha incorporado y evaluado el peso relativo de aquellas áreas afectadas por aspectos rutinarios relativos a las intervenciones médicas.

A partir de la literatura, las principales funciones de los instrumentos de medición de CV en ésta línea deberían ser en resumen:

- 1) Discriminar entre enfermedades, o bien dentro de una misma entidad clínica aquellos pacientes graves de los menos graves y de ser posible entender las

¹ Es importante hacer la aclaración de que para los fines del presente estudio se ha utilizado el término enfermedad aguda para referirse a aquellas condiciones médicas intensas, temporales y relativamente breves (menos de seis meses) de las cuales suele haber una recuperación con remisión de todos sus síntomas, con objeto de distinguirlas de aquellas enfermedades cuya duración es de largo plazo (mas de seis meses) y que habitualmente tienen implicaciones de mayor gravedad, nombradas en la literatura de manera genérica como enfermedades crónicas.

causas y consecuencias de las diferencias en CV entre individuos y grupos (Cardiel-Ríos, 1994; Fernández-Ballesteros, 1998).

- 2) Detectar cambios clínicos derivados de intervenciones (Cardiel-Ríos, 1994).
- 3) Estimar las necesidades de una población dada (Cardiel-Ríos, 1994).
- 4) Predecir la probabilidad de un cierto resultado con un paciente específico para tomar decisiones sobre la intensidad y duración del tratamiento y mejorar las decisiones clínicas (Cardiel-Ríos, 1994; Fernández-Ballesteros, 1998).

La presente investigación hizo hincapié en las tres primeras directrices. La necesidad de obtener medidas que puedan discriminar la pertenencia de un individuo a una condición médica, así como el deterioro en CV relacionado con una enfermedad. Por otra parte, la detección de los cambios generados por cualquier intervención añade pertinencia al diseño de instrumentos como el del presente trabajo.

2.2 Objetivo general.

Así, la perspectiva del presente trabajo, busca el diseño de un instrumento que contemple y abarque ambos aspectos de generalidad y especificidad y que además incorpore la percepción del paciente sobre la relación con los equipos médicos y las intervenciones clínicas, así como que permita hacer comparaciones entre enfermos crónicos y enfermos agudos. Por lo tanto, el objetivo principal de la presente investigación fue detectar las principales diferencias de calidad de vida entre tres distintas condiciones por su estado de salud. Para ello se conformaron tres grupos (agudos, crónicos y sanos), entre los que se evaluaron las diferencias en las distintas

áreas de la calidad de vida relacionada con la salud. Se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa; Riveros, 2007) en su cuarta versión².

Adicionalmente se establecieron las propiedades psicométricas del instrumento.

2.3 *Objetivos específicos.*

Examinar las diferencias probables de CV entre los grupos y establecer qué áreas del inventario son más proclives a brindar información sobre tales diferencias.

Desde el punto de vista del instrumento se buscó establecer:

- 1) *Diferenciación grupal de la escala*, en términos de la comparación de las medias intra e intergrupales por medio del análisis de varianza.
- 2) *Sensibilidad a la pertenencia de grupo*, obtenida mediante el análisis de función discriminante (Tabachnick y Fidell, 1989) para determinar la capacidad de la escala para separar tres condiciones: salud, enfermedades crónicas y padecimientos agudos.
- 3) *Sensibilidad al cambio*, determinada por la diferencia entre las medidas de una primera y una segunda aplicación en sujetos con un padecimiento agudo que cambiaron de condición a sanos (prueba de rangos de Wilcoxon; Siegel y Castellan, 1995).

² Los análisis efectuados corresponden a la cuarta versión del *Inventario de Calidad de Vida y Salud*, InCaViSa (Riveros, 2007).

Capítulo 3. Descripción del InCaViSa.

El “Inventario de Calidad de Vida y Salud” (InCaViSa) se diseñó con el propósito de crear una escala sensible a los cambios clínicos en pacientes crónicos, sin ser específica para ningún padecimiento. Se construyó a partir de diferentes escalas de medición de la CV en padecimientos crónicos, tanto específicas como generales, documentadas en la literatura de investigación sobre psicología de la salud. Se tomaron en cuenta aquellos ítems/reactivos que consistentemente se mencionan en todas las escalas por considerarse los más claramente vinculados con los aspectos medulares a evaluar en la CV de diferentes pacientes crónicos (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Los inventarios iniciales a partir de los cuales se agregaron y modificaron reactivos, fueron la Escala de Calidad de Vida para Pacientes Seropositivos (EsCaViPS) que fue estandarizado para la población mexicana (González-Puente y Sánchez-Sosa, 2002). Se adaptaron reactivos del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC) (Sánchez Sosa y Hernández Guzmán, 1993); Multiple Sclerosis Quality of Life Scale (MSQOL) (Vickrey, Hays, Marooni, Myers, et al., 1995); Obesity Related Well-Being Questionnaire (ORWELL 97) (Mannucci, Ricca, Barciulli, Di Bernardo, Travaglini, et al., 1999); Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS) (Goodwin, Boggs & Graham-Pole, 1994). También se adaptaron reactivos de la estandarización del Cuestionario de Calidad de Vida PostInfarto del Miocardio (MacNew QLMI; Brotons, Ribera, Permanyer, Gascant y Moral, 2001) y del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos PECVEC (Fernández, Hernández y Rancano, 1999).

En una etapa inicial, se realizó una validación por jueceo, que arrojó cinco áreas: percepción de salud y bienestar, relaciones interpersonales, funciones cognitivas, síntomas y un estimador general de calidad de vida, encontrándose una consistencia interna para todo el instrumento de $\alpha = 0.9023$ y valores entre $\alpha = 0.7202$ y $\alpha = 0.8265$ para cada una de las áreas (Rodríguez, 2002).

Aunque los valores de consistencia eran adecuados, el balance de las áreas permanecía muy heterogéneo (algunas áreas se componían de cuatro reactivos y otras de más de veinte) de modo que se corrió un análisis factorial con la intención de conocer los reactivos correlacionados que pudieran conformar áreas, y mantenerlas en el mínimo posible de ítems. A partir de éstos resultados el instrumento se ha refinado en diferentes grupos de pacientes con enfermedades crónicas, principalmente: hipertensión (Ceballos y Laguna, 2004; Riveros, 2002) diabetes (Cortázar-Palapa, 2003), artritis, gastritis, desgaste de cartílago y cáncer (Rodríguez, 2002). Los datos se recolectaron en su mayoría, en salas de espera de clínicas de segundo y tercer nivel de atención a la salud, en pacientes que esperaban consulta.

Se estableció la validez concurrente del instrumento usando como criterio el Instrumento de Calidad de Vida de la OMS, WHO-QoL Bref, en su versión adaptada para México (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2002), contra un grupo de pacientes hipertensos. Todas las áreas mostraron su respectivo coeficiente de correlación más alto con las áreas similares (en constructo, o conceptualmente) del WHO-QoL (Riveros, 2002).

En la segunda versión, quedaron algunos reactivos que no llegaron a conformarse como áreas, pero se consideraron importantes para el caso de padecimientos crónicos por haber mostrado adecuada sensibilidad a procedimientos psicológicos en ensayos clínicos previos (Cortazar-Palapa, 2003, Riveros, 2002). A estas preguntas se añadieron reactivos de la escala ISAI (IOWA Self-Assessment Inventory) de independencia funcional en la vejez (Morris, Buckwalter, Cleary, Gilmer, Hatz y Studer, 1990) y se conformaron cuatro nuevas áreas, que son: “Vida Cotidiana”, “Tiempo Libre”, “Dependencia Médica” y “Relación con el Médico”. Se adaptó el inventario y se sometieron a prueba los nuevos ítems, mediante análisis de confiabilidad, a cada área se añadieron algunas preguntas extra aparte de las idealmente buscadas por área (cuatro ítems) a fin de seleccionar las que mejor correlacionaran con su área y añadieran mejor información.

Los análisis en curso (del presente trabajo) han revelado que el instrumento se compone de doce áreas, cada una con cuatro reactivos. Se mantuvieron cinco reactivos que aunque no correlacionaron adecuadamente con ninguna de las áreas pueden, por sí mismos, proporcionar información importante como el indicador general de CV (reactivo 53) y los referentes a la percepción de salud que incluyen preguntas sobre la percepción del estado de salud. Estos, aportan información sobre los cambios percibidos en la salud durante el último año, así como su propia percepción de vulnerabilidad por la propia enfermedad (reactivos 1 al 4).

El indicador general de CV es un ítem en el que se evalúa la percepción global del sujeto sobre su CV, es el último en la escala y consiste en señalar sobre una recta con una serie de pictogramas que representan expresiones faciales en forma de “caritas”, aquella que mejor simbolice la satisfacción que tiene con su CV en general. Las

opciones van desde “la peor calidad de vida posible, tan mala o peor que estar muerto” en el extremo con la carita más triste, hasta “la mejor calidad de vida posible”, con la carita más “contenta” en el otro extremo (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Debido a que la escala se construye con la intención expresa de detectar cambios después de intervenciones clínicas, se añadieron al final dos preguntas “filtro” para reconocer eventos externos positivos o negativos que puedan estar matizando los resultados; la primera, sobre la ocurrencia en la última semana de algún suceso importante que afectara a su estado emocional, como un disgusto muy fuerte; y la segunda, sobre si en los últimos seis meses hubo alguna transición vital, como cambio en el estado civil, muerte de algún familiar, un empleo nuevo, etc. Incluye también una sección de datos sociodemográficos (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Los reactivos se califican en escala de opción forzosa con alguno de tres posibles referentes: a) porcentual que va de 0% a 100%, b) cuantificable que va de “nunca” a “siempre” y c) visual al colocarse en una recta continua que permita visualizar como extremos de 0% (nunca) hasta 100% (siempre). Los reactivos se califican de 0 a 5 puntos y todas las áreas se presentan en páginas separadas con las etiquetas abajo descritas (Riveros, 2007; Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006), dichas áreas son:

- 1) *Preocupaciones* se refiere a los pensamientos sobre los cambios que podrían ocurrir en sus relaciones afectivas con otras personas importantes de su entorno debido al proceso de enfermedad.

- 2) *Desempeño físico* se refiere a la percepción del sujeto sobre la energía e independencia física que posee para desempeñar sus actividades cotidianas.
- 3) *Aislamiento* evalúa los recursos interpersonales que posee la persona para hacer frente a diferentes situaciones cotidianas.
- 4) *Percepción corporal* aborda el nivel de satisfacción o agrado que se posee sobre la apariencia física, así como si ésta se ha modificado por la enfermedad.
- 5) *Funciones cognitivas* se refiere a los problemas cotidianos que afronta la persona sobre su capacidad de memoria y concentración.
- 6) *Actitud ante el tratamiento* explora el nivel de aversión de la persona al tener que seguir un tratamiento médico, incluyendo componentes como toma de medicamentos, asistir a las consultas y seguir las indicaciones médicas.
- 7) *Tiempo libre* indaga las emociones y cogniciones relacionadas con los cambios en sus actividades de ocio ocasionadas por la pérdida del estado de salud.
- 8) *Vida cotidiana* evalúa la percepción del paciente del impacto de la enfermedad sobre los aspectos disfrutables de su vida.
- 9) *Familia* explora el nivel en que el individuo percibe que los miembros de su familia se involucran afectivamente.

10) *Redes sociales* explora la percepción de apoyo de otros significativos en su entorno.

11) *Dependencia médica* explora el grado en que el paciente atribuye el control de su salud al tratamiento médico.

12) *Relación con el médico* refleja la percepción que el paciente tiene sobre el vínculo establecido con su médico y la importancia que esta relación tiene en su vida.

Una ventaja del uso de escalas tipo Likert, es que favorece respuestas desde la perspectiva del propio sujeto, pero dentro de una serie de opciones estándar reduciendo la subjetividad. El inventario del presente estudio contiene muy pocas preguntas abiertas y permite que las respuestas se analicen y comparen de manera tanto individual como grupal. Se han incluido preguntas sociodemográficas que brindan información relativamente objetiva sobre las circunstancias externas de los participantes y como se mencionó, la oportunidad de describir sucesos recientes y cambios vitales que pudieran afectar las respuestas.

Capítulo 4. Método.

4.1 Validación conceptual y estadística.

Como parte de las características del instrumento se estableció la composición estructural del instrumento con un análisis factorial así como su consistencia interna con el coeficiente alpha de Chronbach (véase la sección de Medición y Materiales).

Con el objetivo de cubrir los objetivos de la presente investigación se determinó si el inventario puede detectar diferencias entre los grupos con respecto a las medias aritméticas utilizando el análisis de la varianza inter e intra grupal (ANOVA). Puede argumentarse que los participantes crónicos constituyen los de mayor edad, también puede argumentarse que los sanos suelen ser los participantes mas jóvenes lo cual puede generar efectos de covarianza y por lo tanto pueden sesgar las distribuciones. Para controlar tal posibilidad se realizó un análisis de varianza sin valores extremos (outliers) inicial, posteriormente, con ésta base de datos sin outliers se efectuó un procedimiento de filtrado de los valores extremos en las distribuciones grupales con respecto a la edad en el que se excluyó a todos aquellos participantes menores a 25 así como a aquellos mayores a 55 años de edad y posteriormente se efectuó otro análisis de varianza.

También se evaluó el poder de la prueba para separar las tres condiciones médicas, determinar qué áreas de la prueba discriminan mejor entre aquellas y cómo se dispersan las puntuaciones de los participantes. Para ello se efectuó

un Análisis de Función Discriminante Múltiple paso por paso (stepwise), debido a que no habían razones para suponer que alguno de los predictores tuviera mayor prioridad teórica que otros y por lo tanto se apeló al criterio estadístico para determinar la contribución de las áreas a la discriminación entre grupos. Éste análisis se efectuó entre los tres grupos, ya que el modelo estadístico empleado puede determinar si los puntajes de todos los participantes correlacionan con las variables predictoras (las áreas del instrumento) de modo que la dispersión de los puntajes muestra si los datos se agrupan o no. Esto permite establecer diferencias con respecto a las medias de las correlaciones obtenidas¹. Se estableció la homogeneidad de varianzas “inter” grupalmente así como la diferencia de medias “intra” e “inter” grupalmente (entre más difieran mayor es el poder discriminante del modelo para separar los tres grupos; Nunnally, 1987). Este análisis también permite evaluar las áreas del instrumento de manera individual para establecer cuáles contribuyeron significativamente (correlacionaron con las funciones discriminantes obtenidas también conocidas como correlaciones canónicas) para clasificar la pertenencia de grupo. Es decir, se estableció si una o varias áreas del instrumento pueden discriminar entre los tres grupos (el poder del instrumento para predecir la pertenencia de grupo).

Adicionalmente se exploró la CV y la sensibilidad de la escala al cambio en el estado de salud, es decir, de agudos a sanos, esto sólo fue posible para 25

¹ Dentro de la concepción teórica de este análisis las áreas del instrumento funcionaron como variables independientes (también llamados predictores) y la pertenencia de grupo como variable dependiente (siendo los grupos las variables “agrupadoras”).

casos en virtud de que sólo se tuvo acceso a tal número de personas. Aunque éste último no era un objetivo principal del estudio, el desarrollo de instrumentos para este tipo de población permanece escaso.

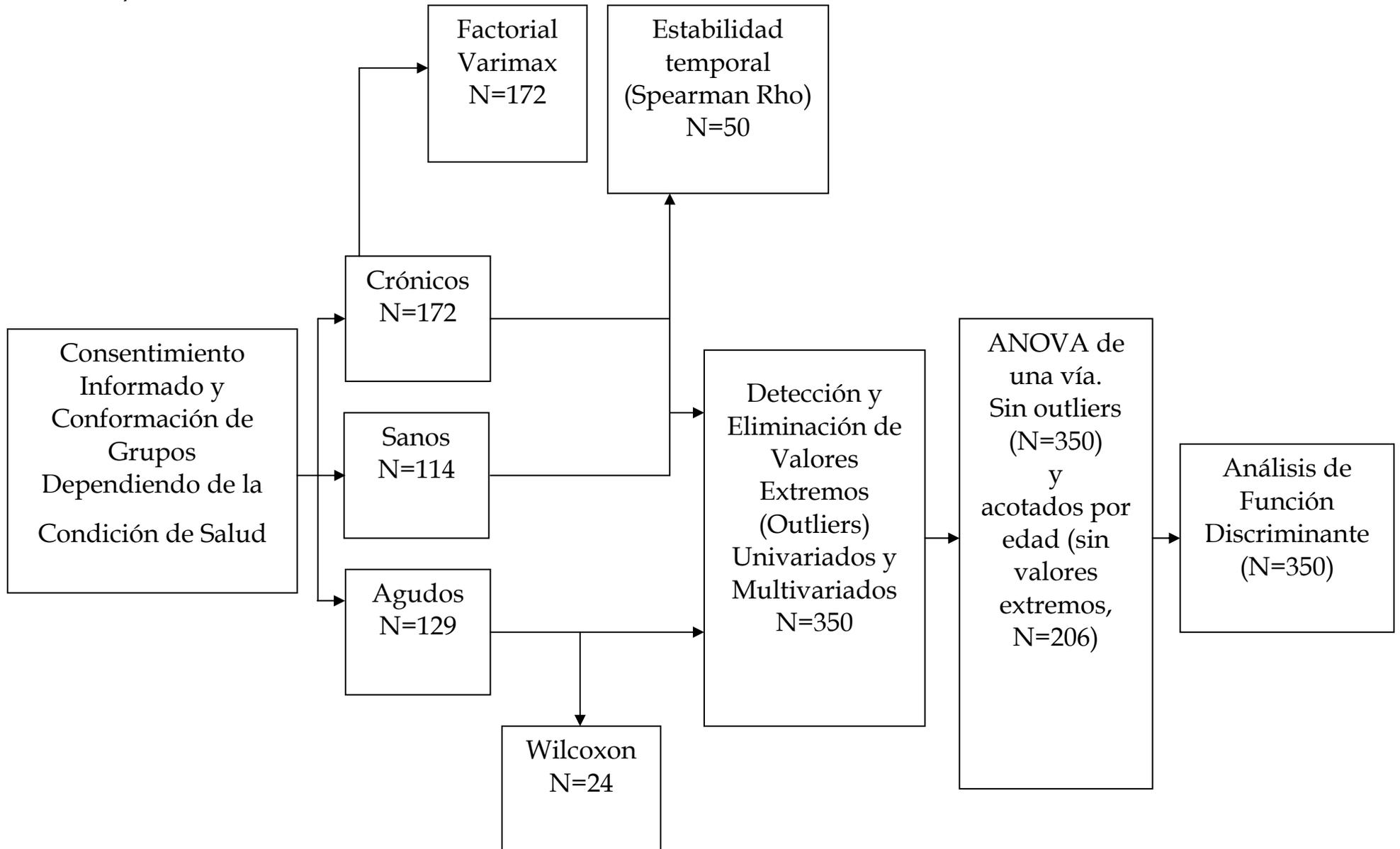
4.2 Tipo del estudio.

Se trata de un estudio exploratorio desde la perspectiva correlacional (Phares y Trull, 2003) y del análisis multivariado (Tabachnick y Fidell, 1989) en el que se buscó establecer las propiedades psicométricas en un instrumento diseñado para medir la calidad de vida y salud en tres grupos diferenciados por su condición de salud: un grupo de pacientes con diversos padecimientos crónicos y otro grupo con diversos padecimientos agudos y un grupo de sanos que fungió como control. Se hicieron comparaciones entre las tres condiciones (inter-grupales) para determinar la sensibilidad del instrumento para medir CV diferencial por las condiciones de salud de los grupos, en particular si distingue a aquellos pacientes en una condición crónica; también se realizaron comparaciones longitudinales con algunos de los grupos para detectar sensibilidad al cambio de condición aguda a saludable.

Una vez conformados los grupos se realizaron las comparaciones que se resumen en el diagrama de flujo que se presenta a continuación (flujograma 1).

Flujograma1.

Esquema del diseño del estudio.



4.3 Participantes: Características sociodemográficas.

El procedimiento de conformación de los grupos consistió en la *autoselección para grupos comparativos* (Kerlinger y Lee, 2002), es decir, que la condición de salud ó el tipo de enfermedad de cada participante determinaron el grupo al que pertenecían inicialmente antes de realizarse los análisis estadísticos. Ésta selección fue de manera voluntaria y no aleatoria, es decir, que la recolección de datos se hizo por conveniencia con aquellos sujetos disponibles al momento de la misma, con la única condición de que supieran leer y escribir.

Se aplicó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) a 438 adultos y 11 menores en una gama de edad de 16 a 82 años, la escolaridad osciló entre educación nula hasta educación superior terminada, las ocupaciones variaron entre: empleados, amas de casa, auto-empleados (comerciantes, pequeños empresarios, etc.), estudiantes, profesionistas y retirados, con ingresos que oscilaron entre 200 pesos mensuales hasta 40, 000 pesos mensuales, divididos en tres grupos de acuerdo a su condición de salud: (1) pacientes agudos, (2) pacientes crónicos y (3) sujetos sanos. Los sujetos fueron invitados a participar en las salas de espera de: (a) un hospital general del Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ubicado en la zona sur de la ciudad de México, (b) dos clínicas de atención primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), una ubicada al sur de la ciudad de México y otra al norte en la zona conurbada, (c) en dos escuelas primarias del sur de la ciudad de México y (d) a transeúntes y trabajadores en dos delegaciones del sur de la ciudad de México.

1. El primer grupo incluyó a 129 pacientes con un padecimiento agudo (pacientes agudos): gripe, problemas algológicos por lesión curable, infecciones del tubo

digestivo, etc. en un espectro de edad de 16 a 68 años, siendo un sólo sujeto de 16 años lo cual es equivalente al 0.8% del grupo; del total de participantes de este grupo 71 (55.5%) fueron mujeres, 57 (44.5%) hombres. 118 (93%) vivían en familia o acompañados y 8 (6.3%) vivían solos. La escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: primaria completa o incompleta 11 sujetos (equivalente al 8.6%), secundaria completa o incompleta 27 (21.1%), estudios comerciales 13 (10.2%), preparatoria completa o incompleta 55 (43%), estudios superiores completos o incompletos 22 (17.2%). Con respecto a ocupación: empleados 81 (66.4%), amas de casa 11 (9.0%), auto-empleados 12 (9.8%), profesionistas 6 (4.9%) y estudiantes 12 (9.8%). El sueldo osciló entre \$500 y \$40000, MN mensuales. Véase tabla 1.

2. El segundo grupo incluyó a 172 pacientes con diagnóstico confirmado de un padecimiento crónico (diabetes, hipertensión arterial, afecciones cardiacas, cáncer, etc.) en un espectro de edad de 16 (2 sujetos = 1.2%) a 82 años, (120 = 69.8%) de los cuales 120 (equivalentes al 69.8%) fueron mujeres y 52 (30.2%) hombres. Vivían en familia o en compañía de alguien mas 159 (92.4%) y vivían solos 13 (7.6%). La escolaridad de este grupo se distribuyó de la siguiente manera: sin estudios (3) 1.8 %, con primaria completa o incompleta 42 (24.6%), con secundaria completa o incompleta 35 (20.4%), con estudios comerciales 32 (18.7%), con preparatoria completa o incompleta 33 (19.3%), con estudios superiores completos o incompletos 26 (15.2%). Con respecto a la ocupación, los participantes se agruparon en las siguientes categorías y porcentajes: empleados 59 (36.2%), amas de casa 61 (37.4%), retirados 10 (6.1%), auto-empleados 17 (10.4%), profesionistas 10 (6.1%) y estudiantes 5 (3.1%). El sueldo osciló entre 200 y \$20000 pesos MN, mensuales. Véase tabla 1.

3. El tercer grupo incluyó a 114 participantes aparentemente sanos, es decir, sin ningún diagnóstico médico de enfermedad en un espectro de edad de 16 (1 sujeto = 0.9%) a 79 (1 sujeto = 0.9%) años de los cuales 64 son mujeres (56.1%) y 50 hombres (43%). Vivían en compañía de alguien 105 (92.1%) y 9 (7.9%) vivían solos. La escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: con primaria completa o incompleta 9 (7.9%), secundaria completa e incompleta 17 (14.9%), estudios comerciales 11 (9.6%), preparatoria completa o incompleta 33 (28.9%) y estudios superiores completos o incompletos 44 (38.6%). Con respecto a la ocupación: empleados 34 (31.2%), amas de casa 13 (11.9%), retirados 1 (0.9%), auto-empleados 19 (17.4%), profesionistas 16 (14.7%) y estudiantes 26 (23.9%). El sueldo osciló entre \$500 (3 participantes equivalentes al 2.6%) y \$30000 (1 participante equivalente al 0.9%) MN, mensuales. Véase tabla 1.

4. Finalmente, hubo un conjunto constituido por 20 participantes (9 hombres y 11 mujeres) cuya condición los excluyó del análisis por no cumplir con los criterios de inclusión: no presentaban una enfermedad aguda, una crónica ni tampoco estaban en un estado normal de salud; Se trató de un grupo con características especiales como: embarazo, problemas emocionales sin diagnóstico, condiciones post-operatorias o problemas de otra índole, debido a esto sus datos no se incluyeron en el análisis.

4.4 Criterios de inclusión:

1. Participantes de 16 años en adelante.
2. Participantes de ambos géneros en cualquiera de las dos condiciones de enfermedad previamente conceptualizadas: crónica o aguda; o bien Participantes sanos.
3. Participantes residentes de la ciudad de México o su zona conurbada.

4. No hubo exclusión de pacientes en condiciones comórbidas.
5. Se aceptó la posibilidad de incluir analfabetas, ya que el formato del inventario permite su aplicación al participante y llenado por el investigador en formato de entrevista.

4.5 Criterios de exclusión:

1. Participantes con discapacidad cognitiva, demencias, retraso mental o condiciones imposibilitantes para responder el cuestionario (como intoxicación al momento de la entrevista).
2. Cuidadores primarios cuya CV pudiera verse afectada por las demandas particulares de atención a partir del cuidado constante de un paciente.

La necesidad de seleccionar a los sujetos con respecto a sus padecimientos o a la ausencia de los mismos imposibilitó que la conformación grupal fuera aleatoria.

Nota: Se excluyó a todos aquellos cuidadores primarios debido a que en la literatura se ha reportado que la CV de familiares que fungen como tales desciende en la medida en que la gravedad del padecimiento del familiar enfermo aumenta, aún controlando variables como la edad (Boling, 2002); Cuidadores primarios de pacientes con Alzheimer obtuvieron índices mayores al promedio de la población en stress, depresión y reportaron el trabajo como una carga (Kosmala y Kloszewska, 2004); Cuidadores de familiares en condición terminal podrían necesitar apoyo psicológico enfocado en el afrontamiento del deterioro físico, efectos adversos del tratamiento y manejo del dolor en casos de cáncer así como la necesidad de cambiar prioridades vitales (Luria, 2001). Cuidadores hombres experimentaron significativamente mayor carga que las mujeres cuidadoras (Foster y Chaboyer,

2003).

Tabla 1:

Características socio-demográficas de los grupos.

Grupo	Género(frec. %), Edad (\bar{X} y DS)	Escolaridad frecuencia (%)	Ocupación frecuencia (%)	Salario \bar{X} (DS)
Agudos (N = 129)				
	♂: 57 (44.5%)	Primaria: 11 (8.6%)	Empleados: 81 (66.4%)	\$5488.03
	♀: 71 (55.5%)	Secundaria: 27 (21.1%)	Amas de Casa: 11 (9.0%)	(\$5125.28)
		Estudios Comer: 13 (10.2%)	Autoempleados: 12 (9.8%)	
	Edad \bar{X} : 30.83	Preparatoria: 55 (43%)	Estudiantes: 12 (9.8%)	
		Estudios Superiores: 22	Profesionistas: 6 (4.9%)	
	DS: 10.04	(17.2%)		
Crónicos (N = 172)				
	♂: 52 (30.2%)	Sin Estudios: 3 (1.8 %)	Empleados: 59 (36.2%)	\$4784.23
	♀: 120 (69.8%)	Primaria: 42 (24.6%)	Amas de Casa: 61 (37.4%)	(\$3938.87)
		Secundaria: 35 (20.4%)	Retirados: 10 (6.1%)	
	Edad \bar{X} : 48.22	Estudios Comer: 32 (18.7%)	Autoempleados: 17 (10.4%)	
		Preparatoria: 33 (19.3%)	Estudiantes: 5 (3.1%)	
	DS: 15.55	Estudios Superiores: 26	Profesionistas: 10 (6.1%)	
		(15.2%)		
Sanos (N = 114)				
	♂: 50 (43%)	Primaria: 9 (7.9%)	Empleados: 34 (31.2%)	\$8220.78
	♀: 64 (56.1%)	Secundaria: 17 (14.9%)	Amas de Casa: 13 (11.9%)	(\$6681.03)
		Estudios Comer: 11 (9.6%)	Retirados: 1 (0.9%)	
	Edad \bar{X} : 32.28	Preparatoria: 33 (28.9%)	Autoempleados: 19 (17.4%)	
		Estudios Superiores: 44	Estudiantes: 26 (23.9%)	
	DS: 12.75	(38.6%)	Profesionistas: 16 (14.7%)	
Comparten Vivienda (frecuencia y %){Agudos: 118 (93%); Crónicos: 159 (92.4%) y Sanos: 105 (92.1%)}				

4.6 *Medición y Materiales.*

Se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), lápiz, goma y un formato de consentimiento informado.

El inventario final consiste en 53 reactivos de opción múltiple (escala de tipo Likert²) constituidos por seis opciones de respuesta y el porcentaje correspondiente: nunca (0%), casi nunca (20%), pocas veces (40%), frecuentemente (60%), casi siempre (80%), siempre (100%) y está dividido en doce áreas relacionadas al concepto de CVRS: Preocupaciones, Desempeño Físico, Aislamiento, Percepción Corporal, Funciones Cognitivas, Actitud Ante el Tratamiento, Tiempo Libre, Vida Cotidiana, Familia, Redes Sociales, Dependencia Médica, Relación con el Médico, una escala visual análoga de Bienestar y Salud y una sección de cuatro reactivos dedicados a comentarios generales como: tipo de padecimiento o ausencia de, y dos preguntas sobre hechos recientes (una semana a seis meses) sobre eventos que influyeran sobre la CV y el bienestar. Finalmente el cuestionario contiene una hoja dedicada a datos generales y de carácter socio-económico: edad, género, familia, número de habitantes en casa, escolaridad, e ingreso.

A fin de establecer las áreas que componen el instrumento se realizó un análisis factorial con rotación varimax que reveló su estructura y composición en términos de factores.

² El instrumento de la presente se ha considerado únicamente una escala ordinal de tipo Likert, debido a que no cumple con criterios para ser considerada de otro tipo, por ejemplo, una escala ordinal de tipo intervalo. Las razones son las siguientes: las variables no tienen al menos siete categorías o puntuaciones de clasificación, algunas opciones de respuesta hacen que las puntuaciones se sesguen hacia algún extremo, por lo tanto no cumple con los criterios para considerarla como ordinal de tipo intervalo (Ritchey, 2002).

Los resultados de este análisis determinaron que el instrumento está compuesto por doce áreas con cuatro reactivos cada una que explicaron el 68.761% de la varianza; Debido a que la escala se contesta en seis opciones de respuesta forzosa se estableció la consistencia interna de cada área con el coeficiente alfa de Chronbach; todas las áreas mostraron adecuada consistencia interna (Nunnally, 1987) en las que los coeficientes alfa oscilaron entre .6831 y .9337. La tabla 2 muestra las cargas factoriales rotadas y el número de factor que compone cada área.

Tabla 2:

Estructura Factorial de las Áreas del InCaViSa

Reactivos	Cargas Factoriales Rotadas.	Áreas	Alfa (Crombach) y % de varianza explicada
Me preocupa que algunas veces necesito ayuda con los gastos de mi enfermedad.	0.658	Preocupaciones	α .8392
Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.	0.735		27.729 %
Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad.	0.668		
Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad.	0.663		
Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas.	0.600	Desempeño Físico	α .8238
Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente.	0.815		8.806%
Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.	0.809		
Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.	0.747		
Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.	0.526	Aislamiento	α .7985
Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme.	0.617		5.239%
Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes.	0.529		
Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros.	0.513		
Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a).	0.546	Percepción Corporal	α .8474
Me siento restringido(a) por mi peso.	0.774		5.124%
Me da pena mi cuerpo.	0.769		
Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a).	0.537		
Se me olvida en dónde puse las cosas.	0.806	Funciones Cognitivas	α .8779
Se me olvidan los nombres.	0.813		4.015%
Tengo dificultades para concentrarme y pensar.	0.753		
Tengo problemas con mi memoria.	0.854		
Me fastidia tomar tantas medicinas.	0.700	Actitud Ante el Tratamiento	α .6831
Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.	0.769		3.458%
Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.	0.511		
me siento incómodo(a) con mi médico.	0.577		
Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.	0.748	Tiempo Libre	α .8743
Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.	0.684		2.996%
Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.	0.729		

Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.	0.805		
Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.	0.787		α .9337
Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.	0.777		2.837%
Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.	0.807	Vida Cotidiana	
Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).	0.836		
El amor de mi familia es lo mejor que tengo.	0.833		α .8995
me siento a gusto entre los miembros de mi familia.	0.871		2.302%
		Familia	
Mi familia me comprende y me apoya.	0.846		
mi familia cuida mis sentimientos.	0.773		
Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.	0.673		α .8174
Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.	0.744		2.216%
Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.	0.696	Redes Sociales	
Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.	0.723		
Espero que el médico cure todos mis síntomas.	0.662		α .8101
Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.	0.817		2.102%
No me importa que tengo, sólo quiero que el médico me cure.	0.819	Dependencia Médica	
El responsable de que me cure es el médico.	0.751		
Disfruto asistir al médico.	0.767		α .7586
Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad.	0.686		1.935%
Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.	0.724	Relación con el Médico	
Necesito atención médica constantemente.	0.567		

Nota: el % de varianza total explicada por el análisis es = 68.761%

Se evaluó la estabilidad temporal test-retest del instrumento con el coeficiente Spearman Rho debido en virtud de tratarse de variables cuyo nivel de medición es ordinal, el tamaño de ambas muestras es superior a 10 (Ritchey, 2002) , que ambas distribuciones (antes y después) se presentan ordenadas de forma jerárquica y el coeficiente Rho es recomendado para estas situaciones (Nunnally, 1987); ésta correlación se aplicó sólo para los grupos de participantes crónicos y sanos, debido a que el instrumento está diseñado para enfermos crónicos y el grupo de sanos fungió como control. Los valores de correlación más altos fueron en el área de funciones cognitivas para ambos grupos ($r = .836$ y $r = .684$, respectivamente); el resto de las correlaciones oscilaron entre moderadas y altas para los dos grupos, excepto en las áreas de preocupaciones ($r = .272$; $p = .056$) y vida cotidiana ($r = .278$; $p = .050$) que, si bien resultaron menos consistentes, pueden considerarse valores limítrofes, debido a que el tamaño de ambos grupos no es muy grande ($n = 50$). Véase la tabla 3.

Tabla 3:
Estabilidad Temporal para Crónicos (N=50) y Sanos (N=50).

Áreas	Crónicos		Sanos	
	r Spearman RHO	p asociada	r Spearman RHO	p asociada
Preocupaciones.	.584**	.000	.272	.056
Desempeño Físico.	.720**	.000	.556**	.000
Aislamiento.	.726**	.000	.491**	.000
Percepción Corporal.	.790**	.000	.413**	.003
Funciones Cognitivas.	.836**	.000	.684**	.000
Actitud Ante el Tratamiento.	.751**	.000	.341*	.016
Tiempo Libre.	.517**	.000	.317*	.025
Vida Cotidiana.	.677**	.000	.278	.050
Familia.	.381**	.006	.646**	.000
Redes Sociales.	.397**	.004	.500**	.000
Dependencia Médica.	.487	.000	.464**	.001
Relación con el Médico.	.663**	.000	.442**	.001

* Correlación Significativa al .05 (dos colas)

** Correlación significativa al .01 (dos colas)

En síntesis, el inventario de la presente posee confiabilidad y validez. La primera determinada por la posibilidad de obtener mediciones repetibles a lo largo del tiempo, es decir, la estabilidad temporal de la escala (Spearman RHO, Nunnally, 1987) y la precisión del instrumento para medir esas áreas o dominios del constructo

CVRS: la consistencia interna (α de Chronbach, Nunnally, 1987)³. La segunda, establecida como validez de constructo y determinada por el agrupamiento de los reactivos en varias áreas (análisis factorial, Nunnally, 1987; Tabachnick y Fidell, 1989) lo que implica la validez de la escala en términos de la proporción de la varianza total de las mediciones (Kerlinger y Lee, 2002), incluyendo la variabilidad debida al contenido de la muestra de reactivos del dominio (Nunnally, 1987) también conocida como varianza explicada o sistemática (Kerlinger y Lee, 2002).

El consentimiento informado consta de una hoja en la que se explicaban aspectos generales del estudio sin revelar finalidades específicas del mismo a los participantes, como procedimiento ciego estándar. Pese a ello, garantizaba explícitamente que toda la información proporcionada se utilizaría estrictamente para los propósitos de la investigación y sería de carácter absolutamente confidencial y anónimo. Se utilizó para firmar un acuerdo en que ambas partes, tanto los investigadores como los pacientes se comprometen, los primeros a no revelar la identidad de los participantes y utilizar toda la información para fines de investigación científica y los segundos a contestar el inventario en el entendido de que proporcionarán información precisa y verdadera (véase anexo II).

³ Es importante señalar que autores como Kerlinger y Lee (2002) y Nunnally (1991) difieren en cuanto al concepto de *consistencia interna*; los primeros señalan que es un aspecto de la confiabilidad, mientras que el segundo lo menciona como perteneciente a la validez.

4.7 Procedimiento.

Los participantes aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio sin remuneración monetaria y con garantía de confidencialidad y anonimato. En los casos en que el participante lo solicitó, previamente explicado el procedimiento y la posibilidad de utilizarlo se administró el formato de consentimiento informado y se procedió a firmarlo por ambas partes, si los participantes no pedían el consentimiento informado no se les aplicó debido a que las investigaciones que involucran observaciones naturales en lugares públicos o cuestionarios anónimos no lo requieren (Sociedad Mexicana de Psicología, SMP, 2002). Además se garantizó que la información obtenida no produciría, bajo ninguna circunstancia, daño alguno a los participantes ni permitiría la identificación de estos (excepto para aquellos que accedieron a contestar el seguimiento). Los participantes se reclutaron en las salas de espera de los escenarios ⁴ médicos ya sea como pacientes o como acompañantes de los primeros (siempre y cuando no fueran cuidadores primarios del paciente), a la salida de las escuelas primarias (en el caso de padres de familia que esperaban a recoger a los niños), en comercios aledaños a las primarias y las instalaciones de salud o bien a transeúntes que andaban por las mismas locaciones.

Un investigador del equipo de trabajo, se aproximaba a las personas, se identificaba (mencionando su nombre y afiliación institucional) y a continuación daba una breve explicación que consistía en: a) describir los motivos de la investigación referentes a obtener información sobre el estado general de calidad de vida y salud de las

⁴ Hospital Regional de Zona Adolfo López Mateos (ISSSTE). Unidades de Medicina Familiar número 19 y 67 (IMSS). Delegaciones Coyoacán y Tlalpan (sur de la Cd. de México) y Ecatepec de Morelos, Edo. de México.

personas en distintos ámbitos para encontrar métodos de evaluación válidos y confiables, obtener datos sobre lo anterior, y finalmente hacer algunas recomendaciones a las instituciones de salud para mejorar los servicios en los aspectos mencionados. b) garantizar la confidencialidad y anonimato de los participantes c) explicar el procedimiento de llenado del instrumento (una sola respuesta por reactivo, no dejar ninguna opción en blanco, preguntar ante cualquier duda o dificultad en el llenado) y d) mencionar el tiempo aproximado de llenado del instrumento. Una vez que los voluntarios aceptaban participar se les proporcionaba el instrumento y se les leía la primera página en donde se ejemplifica el tipo de pregunta (opción múltiple) y la forma de llenado; Al finalizar cada participante en contestar el instrumento el investigador hacía una revisión exhaustiva del instrumento frente al paciente, explicándole que este punto del procedimiento servía para asegurarse de que no hubiera dejado ninguna respuesta en blanco, dos respuestas para una misma pregunta o cualquier otro tipo de error, se daban las gracias y a quien lo solicitaba se le tomaban datos como teléfono o dirección de correo electrónico para proporcionar informes posteriores, parciales o finales de la investigación.

Una vez obtenidos los datos y conformados los tres grupos correspondientes a las condiciones: enfermo crónico, enfermo agudo y sano, se efectuaron las comparaciones y los análisis estadísticos. El grupo de sanos funcionó como control, pues se esperaba muy poco deterioro en su CVRS y sirvió como contraste para las condiciones de enfermedad. Se hicieron comparaciones transversales entre los tres grupos o condiciones. También se hizo una comparación longitudinal en los 125 casos que accedieron a una segunda aplicación del inventario al menos 1 mes después de la inicial con fines de seguimiento o test-retest; se hizo así para 50

participantes sanos y 50 crónicos con el fin de establecer la estabilidad temporal del instrumento; Se volvía a contactar a los participantes vía telefónica.

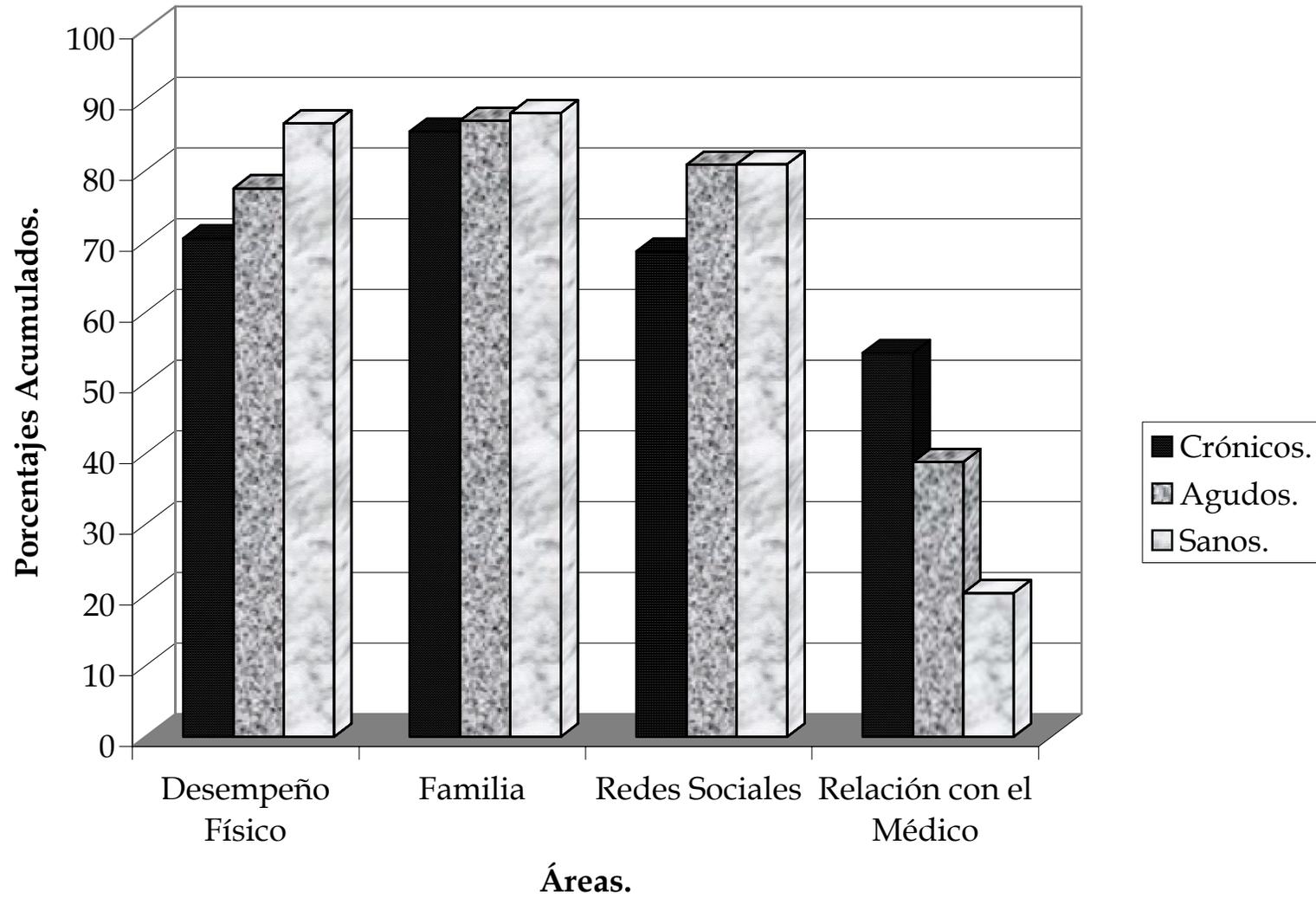
Capítulo 5. Resultados.

5.1 *Descriptivos.*

Con el objetivo de evitar confusiones semánticas, las diferencias en cuanto a CV de manera grupal entre las tres condiciones con respecto a los puntajes obtenidos. Se presentan en dos gráficas que muestran las comparaciones en todas las áreas. Sin embargo las cuatro áreas incluidas en la figura 1 se hallan orientadas en el sentido de CV; por el contrario las ocho áreas restantes pertenecientes a la figura 2 se presentan como índices de deterioro, debido a que de este modo resultan más informativas.

Las puntuaciones crudas individuales se convirtieron a porcentajes de frecuencia acumulados con el objetivo de presentar las puntuaciones grupales y no individuales; en la mayoría de las áreas los crónicos exhibieron menor CV seguidos por los agudos y finalmente por los sanos, esta tendencia se observó para todas las áreas.

Figura 1:
Comparaciones en CV entre los tres grupos.

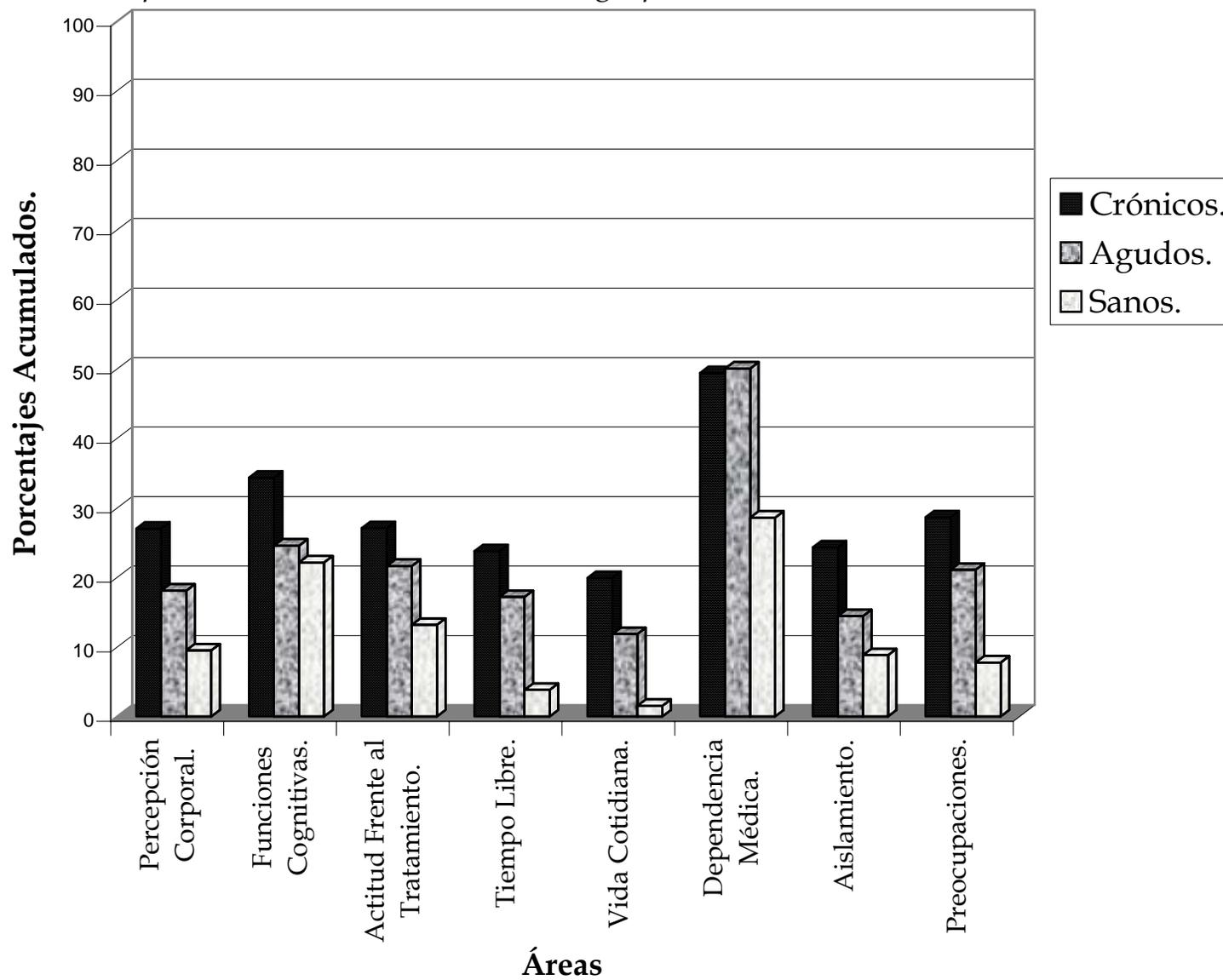


El resto de las áreas: Preocupaciones, Aislamiento, Dependencia Médica, Actitud Frente al Tratamiento, Percepción Corporal, Funciones Cognitivas, Tiempo Libre y Vida Cotidiana se interpretan en sentido inverso ya que representan índices de deterioro, no de CV, es decir que, entre mayor puntuación (porcentaje acumulado), mayor deterioro¹(figura 2). Se observa que en este caso el deterioro es mayor para los enfermos crónicos y en segundo lugar para los agudos. Los sanos presentan un deterioro mucho menor en la mayoría de las áreas.

El dominio de Dependencia Médica arrojó un ligero incremento en los valores de deterioro de los agudos sobre los dos grupos restantes, seguidos por los participantes crónicos. Véase figura 2.

¹ Los dominios observados en la figura 2 representan índices de deterioro. Es decir que si las sumatorias obtenidas se invirtieran se obtendrían puntuaciones con una sola dirección, lo cual implica que a mayor puntuación, mejor CV; sin embargo, para efectos de observar el impacto de una enfermedad sobre la CVRS de las personas, es más conveniente interpretarlos en el sentido presentado. Estrictamente hablando, se trata de índices de lo que algunos autores han denominado como Calidad de Vida no-Relacionada a la Salud (CVNRS), para una mejor explicación consultar Spilker (1998).

Figura 2:
Comparaciones en deterioro en los tres grupos.



5.2 Comparación entre medias: Análisis de varianza (ANOVA) de una vía.

De acuerdo con los requisitos matemáticos de la técnica usada, inicialmente se excluyó a todos aquellos casos cuyas puntuaciones los colocaban en valores extremos de sus respectivas distribuciones, alejándolos significativamente de las medias aritméticas grupales y que en caso de ser tomados en cuenta afectarían los resultados, éstos casos son conocidos como valores extremos u outliers (Tabachnick y Fidell, 1989). El primer análisis de varianza presentado se llevó a efecto con ésta base sin valores extremos y en lo subsecuente se presenta con la etiqueta de comparación “todos”. Posteriormente se acotó la gama de edad de los participantes, excluyendo a todos aquellos participantes mayores de 55 años y menores de 25, a manera de precaución metodológica, para descubrir si la edad tuvo un efecto sobre las distribuciones grupales de los datos, dicho acotamiento o reducción se efectuó sobre los sujetos y no sobre la VI. Se efectuó otro análisis de varianza con ésta segunda base de datos acotada y que se ha presentado de ahora en adelante con la etiqueta de comparación “sin edad”.

En ambos análisis se compararon las medias aritméticas por medio de la estimación de la varianza inter e intragrupalmente. Los resultados muestran que la variable edad no tuvo un efecto real sobre los datos, pues la variabilidad de las medias obtenida a partir de la varianza inter e intragrupal fue significativa debido a diferencias entre los grupos y no debido a la edad.

Exceptuando el área de familia, los once dominios restantes tuvieron medias significativamente diferentes con respecto a las tres condiciones o grupos

comparados (agudos, sanos y crónicos). Los doce dominios exhibieron la misma tendencia en cuanto a las medias aritméticas en la comparación inicial sin outliers (todos) y en la comparación con la variable edad filtrada (sin edad).

Para la comparación de “todos” las medias fueron significativas en 11 dominios, arrojando valores F que oscilaron entre 71.36 y 9.64, $p < .001$; $gl = 2, 347$. El Dominio Familia resultó no significativo: $F = 0.722$, $p = .487$. Véase tabla 4.

Dentro de la comparación “sin edad” las medias fueron significativas en 11 dominios arrojando valores F que oscilaron entre 34.18 y 5.78, $p < .001$ (para nueve dominios) y $p < .05$ (para dos dominios); $gl = 2, 207$. El Dominio Familia resultó no significativo: $F = 1.82$, $p = .164$. Véase Tabla 5.

Tabla 4:

ANOVA de la comparación "todos" (n=350).

Áreas.	Diferencia de medias "todos"			F	Probabilidad Asociada.
	(gl = 2, 347).				
	Medias.				
	Crónicos.	Agudos.	Sanos.		
Relación con el Médico.**	11.03	7.62	3.64	71.36	.000
Tiempo Libre.**	4.49	2.98	0.12	32.09	.000
Preocupaciones.**	5.64	4.02	0.76	31.35	.000
Desempeño Físico.**	14.13	15.40	17.95	29.60	.000
Vida Cotidiana.**	3.69	1.91	0.00	28.73	.000
Percepción Corporal.**	5.31	3.40	1.30	28.05	.000
Aislamiento.**	4.56	2.67	1.28	26.21	.000
Actitud Frente al Tratamiento.**	5.51	4.30	2.04	21.54	.000
Dependencia Médica.**	9.92	9.62	5.79	16.06	.000
Funciones Cognitivas.**	6.67	4.86	3.98	14.83	.000
Redes Sociales.**	14.15	15.80	16.84	9.64	.000
Familia.	17.70	17.53	18.07	0.722	.487

* *significativa al .01

*significativa al .05

Tabla 5:

ANOVA de la comparación "sin edad" (n=206).

Áreas.	Diferencia de medias "sin edad"				
	(gl = 2, 203).			F	Probabilidad Asociada.
	Medias.				
	Crónicos.	Agudos.	Sanos.		
Relación con el Médico.**	10.68	7.91	3.85	34.18	.000
Preocupaciones.**	6.75	4.81	0.85	24.08	.000
Tiempo Libre.**	5.15	3.47	0.10	23.98	.000
Percepción Corporal.**	6.30	3.95	1.43	21.96	.000
Vida Cotidiana.**	4.67	2.49	0.00	21.72	.000
Aislamiento.**	5.33	3.18	1.33	18.80	.000
Desempeño Físico.**	13.79	14.97	17.72	17.46	.000
Actitud Frente al Tratamiento.**	6.17	4.52	2.31	14.71	.000
Dependencia Médica.**	9.78	9.42	5.47	10.66	.000
Funciones Cognitivas.*	6.68	5.49	4.06	7.18	.001
Redes Sociales.*	14.00	15.31	16.77	5.78	.004
Familia.	17.25	17.07	18.14	1.82	.164

* *significativa al .01

*significativa al .05

5.3 Análisis Multivariado: Análisis de Función Discriminante.

Inicialmente se excluyó a todos aquellos casos cuyas puntuaciones los colocaban en valores extremos de sus respectivas distribuciones, alejándolos significativamente de las medias aritméticas grupales y que en caso de ser tomados en cuenta afectarían los resultados (valores extremos u outliers; Tabachnick y Fidell, 1989).

El modelo discriminante arrojó dos funciones² (f_1 y f_2), también llamadas dimensiones o factores discriminantes que se utilizan para maximizar las distancias en la dispersión de puntajes entre los valores individuales y la correlaciones de cada puntaje individual con las variables predictoras (los dominios del InCaViSa); Cada una de estas funciones es ortogonal con respecto a la otra (es decir que no se correlacionan entre sí), usualmente la primera función es la más poderosa para diferenciar las dimensiones o variables predictoras, es decir, los dominios o áreas y para discriminar la pertenencia de grupo (Tabachnick y Fidell, 1989). inicialmente se deriva una primera función que es la combinación lineal de las variables cuyo efecto es maximizar la razón de la varianza entre medias e intragrupal; posteriormente se deriva una segunda función lineal o factor discriminante que sirve como el segundo mejor para explicar la varianza y así sucesivamente; Este procedimiento se ha diseñado para establecer qué combinación de variables tiene la relación mas fuerte y confiable, implicando que hay combinaciones de

² El número de funciones se determina mediante la fórmula $(g - 1)$, es decir, se resta uno al número total de grupos (g), de igual manera que los grados de libertad.

independientes o predictoras y dependientes que comparten varianza y por lo tanto la fuerza de sus correlaciones es significativa (Nunnally, 1987).

La significancia del modelo discriminante se evaluó mediante el coeficiente o logaritmo Lambda (λ) de Wilkins y los valores obtenidos fueron los siguientes: $f1 \lambda = .539$ y $f2 \lambda = .967$, ambos significativos (.000 y .039 respectivamente); para este aspecto del análisis, entre mayores sean los lambdas más significativa es la función (Tabachnick y Fidell, 1989) en la fila inferior de la tabla 6 se reportan el lambda para la función 1 a la 2 y el lambda de la función 2; esto permite estimar en qué medida el modelo es discriminante, siendo la f1 la que mejor discriminó entre los tres grupos (véase tabla 6).

Los Valores Eigen cuantifican el peso relativo de las funciones discriminantes para clasificar los casos individuales (los puntajes de los sujetos) de cada grupo; estos coeficientes reflejan la proporción de varianza explicada entre grupos por cada función e indican el poder discriminante relativo de ambas funciones discriminantes. Los valores obtenidos fueron de $f1 = .793$ y $f2 = .035$; el porcentaje de varianza fue de 95.8% ($f1$) y 4.2% ($f2$) respectivamente, es decir que, La función 1 explicó el porcentaje de varianza del 95.8% ($f1$) y la función 2 explicó el porcentaje de varianza residual = 4.2%, lo cual implica que cerca del 95.8% de la variabilidad de las respuestas de los participantes se debió al contenido de la escala. Véase la tabla 6.

La contribución de cada área del instrumento a la discriminación entre grupos se obtuvo mediante el procedimiento “paso por paso” (Nunnally, 1987) o “stepwise” (Tabachnick y Fidell, 1989), que permite discernir aquellas áreas que distinguen mejor la pertenencia de grupo en ambas funciones. Este procedimiento se efectúa obteniendo el valor del logaritmo Lambda (λ) de Wilkins para el área más significativa. Una vez obtenido el dominio con el valor lambda mas significativo, éste se sustrae para evaluar la contribución real de esa variable al modelo; Si la segunda variable o área tiene un lambda significativo también se sustrae y así sucesivamente y hasta que aparezca un dominio no significativo se suspende el análisis. Tal procedimiento ofrece una perspectiva del poder discriminante de las áreas o dominios separados y el peso real que cada variable o área tiene en el poder discriminante global. La significancia se determinó por medio de una prueba F de Fischer que evalúa los valores del logaritmo Lambda (λ) de Wilkins en cuanto a su magnitud, es decir que mientras mayores sean los lambdas, mayor será la F y por lo tanto fueron más significativos. Los coeficientes Lambda (λ) y las F obtenidas mostraron qué áreas poseen poder discriminatorio global: Relación con el médico $\lambda=.709$, $F=71.36$; Actitud Frente al Tratamiento $\lambda=.582$, $F=35.68$ y Dependencia Médica $\lambda=.539$, $F=20.64$; Todas con $p<.001$. véase la tabla 6.

Se obtuvieron las correlaciones entre las áreas del inventario y las dos funciones (al igual que en una rotación ortogonal de un análisis factorial estas correlaciones son denominadas “cargas” según autores como Tabachnick y Fidell, 1989) o “pesos” (Nunnally, 1987); En la presente investigación han sido nombradas como “cargas”) y se reportaron en la matriz dentro de la tabla 5.

Para la f_1 las cargas oscilaron entre $r = .720$ y $r = -.459$. La mayoría de las áreas “cargaron moderadamente” es decir mayores a .3 (Tabachnick y Fidell, 1989), pero únicamente Relación con el Médico, Actitud frente al Tratamiento y Dependencia Médica fueron significativas.

La variable que mejor correlacionó con la función discriminante fue el área Relación con el Médico cuya correlación fue de $r = .720$ y puede considerarse “excelente” (Tabachnick y Fidell, 1989) para establecer diferencias entre los grupos investigados; Actitud frente al Tratamiento y Dependencia Médica tuvieron correlaciones de .392 y .308, respectivamente, convirtiéndose así en indicadores moderados de la pertenencia al grupo y la dispersión intergrupala.

Las áreas Familia, Redes Sociales y Desempeño Físico tuvieron correlaciones negativas, es decir que se trata de variables que no contribuyeron en la agrupación de las variables dentro de los grupos y por tanto no sirvieron para discriminar la membresía de grupo. Véase la tabla 6.

En cuanto a la f_2 la única área cuya carga resultó robusta es Dependencia Médica ($r = .707$), cabe recordar que esta área también cargó aunque moderadamente en la f_1 ($r = .308$); el resto de las áreas tuvo correlaciones débiles con la función, todas inferiores a .3. Relación con el Médico tuvo una correlación negativa sólo para esta función, Familia y Desempeño Físico tuvieron, al igual que en la f_1 correlaciones negativas, por lo tanto la función dos tuvo la menor importancia para clasificar las puntuaciones individuales y

predecir la membresía de grupo, además de que únicamente explicó la varianza residual (4.2%). Véase la tabla 6.

Tabla 6:

Análisis Múltiple de función discriminante para la Escala, agrupamiento por condición de grupo: Agudos (A), Sanos (S) y Crónicos (N=350).

Área.	Wilk's Lambda "por pasos", F y p asociada		(r) Área y Funciones Discriminantes		Membresía de Grupo en orden (funciones en los centroides grupales).	
	λ	F(p)	(f1)	(f2)	(f1)	(f2)
Relación con el Médico.	.709	71.36 (.000)	.720	-.010	C = .847	C = -.102
Desempeño Físico.	.623	46.13 (.000)	-.459	-.324		
Actitud Frente al Tratamiento.	.582	35.68 (.000)	.392	.245	A = -.180	A = .271
Redes Sociales.	.566	28.29 (.000)	-.261	.218		
Familia.	.553	23.66 (.000)	-.045	-.273	S = -1.390	S = -.167
Dependencia Médica.	.539	20.64 (.000)	.308	.707		
Percepción Corporal.	*	*	.395	.228		
Tiempo Libre.	*	*	.382	.196		
Vida Cotidiana.	*	*	.359	.155		
Funciones Cognitivas.	*	*	.365	.190		
Aislamiento.	*	*	.316	.119		
Preocupaciones.	*	*	.301	.144		
Prueba de Funciones	Wilks' Lambda		Valores de Eigen		% de Varianza	
1 a la 2	.539	Sig.000	f1 =.793		95.8 %	
2	.967	Sig.039	f2 = .035		4.2 %	

*No significativas

La última columna de la tabla 6 muestra los puntajes discriminantes (correlacionados) medios para cada grupo en ambas funciones discriminantes, obtenidas por la sumatoria de las series de variables predictoras (las áreas del inventario), cada una evaluada por un coeficiente estandarizado (en la presente investigación se utilizó la distribución F), es decir que se trata de promedios de las correlaciones. Éstas medias son las que separaron mejor a los grupos en ambas funciones dentro del espacio tridimensional hipotético generado por el modelo y también se denominan centroides, porque constituyen una medida en torno a cuyo centro se distribuyen el resto de los datos de cada grupo dentro de los ejes $X1$ (que representa a la función 1) y $X2$ (que representa a la función 2) del modelo hipotético. Los centroides tuvieron valores que oscilaron entre .847 y -1.390 en la $f1$ y -.167 y .271 en la $f2$. Véase la figura 3.

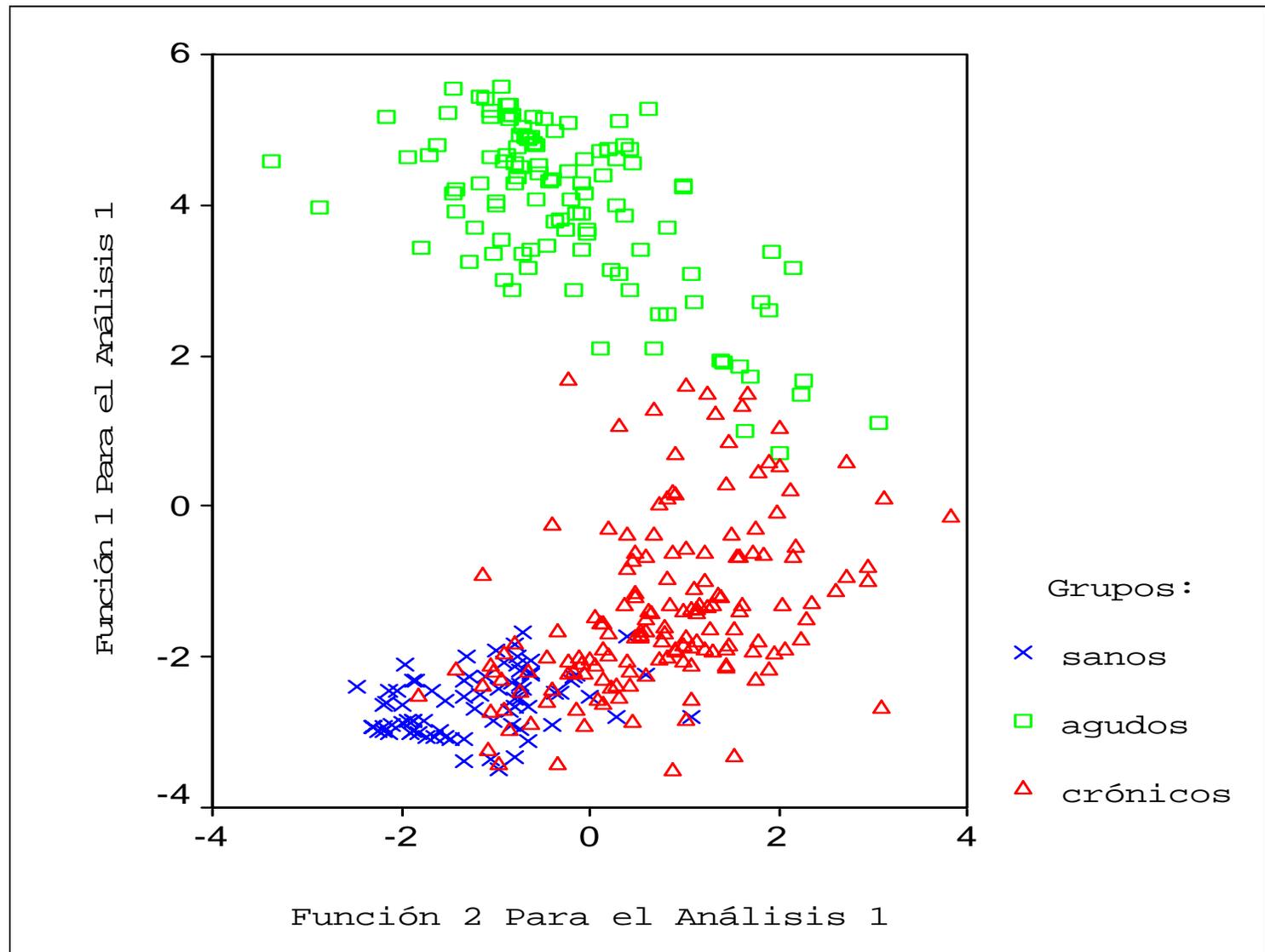
Como se observa en el dispersograma de la figura 3, los tres grupos están mejor separados por el eje correspondiente a la $f1$. Entre mayor sea la distancia que separa los centroides de los grupos dentro de un eje, mejor es la función para separar los grupos. La dispersión gráfica total se muestra en la figura 3.

El agrupamiento alrededor de los centroides del espacio vectorial osciló entre .847 y -1.390, mostrando amplia distancia entre si. Por lo tanto, el inventario separa de manera efectiva las tres condiciones (sanos, agudos y crónicos) en las tres áreas mencionadas (Relación con el médico, Actitud Frente al Tratamiento y Dependencia Médica). Es probable que los entrecruzamientos que se observan en el dispersograma 1 se deban a que aunque las medias

grupales son significativamente diferentes en 11 de los 12 dominios la tendencia en las respuestas de los participantes es similar en varias de esas dimensiones.

Figura 3:

Puntuaciones Discriminantes de las Funciones 1 y 2.



5.4 *Análisis Univariado: Prueba de rangos.*

A fin de calcular la significancia de los cambios en CV en pacientes agudos que abandonaron su condición (de enfermos a sanos) se utilizó una serie de comparaciones con la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon (Pagano, 1999) que arrojó como resultado buena sensibilidad del instrumento frente al cambio de estatus de salud únicamente en el área Actitud Frente al Tratamiento cuya medida de cambio fue significativa a menos de .03 (véase tabla 7). Se utilizó dicho procedimiento debido a que la muestra es pequeña, no aleatoria, en consecuencia tampoco representativa y por lo tanto no puede suponerse paramétrica en éste grupo y también a que es la prueba de signo que considera la magnitud del cambio además de su dirección en la que cada sujeto sirve como su propio control.

Tabla 7:

Prueba de Wilcoxon para el grupo de Agudos (test-retest, n = 24)

Áreas (Test-retest)	Media de Rangos Positivos.	Media de Rangos Negativos.	Nivel de Significancia (2 colas)
Preocupaciones.	10.44	9.60	.968
Desempeño Físico.	8.10	12.90	.369
Aislamiento.	10.25	8.32	.476
Percepción Corporal.	9.90	7.05	.550
Funciones Cognitivas.	10.80	9.11	.598
Actitud Frente al Tratamiento *.	5.75	13.67	.027*
Tiempo Libre.	11.93	10.54	.266
Vida Cotidiana.	11.17	9.95	.866
Familia.	5.63	10.00	.637
Redes Sociales.	8.38	10.40	.417
Dependencia Médica.	9.42	10.27	.121
Relación con el Médico.	13.45	9.88	.795

* Significativa al .05

Adicionalmente se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos el cual reveló que las variables del InCaViSa que tienen algún impacto sobre la pertenencia a alguno de los tres grupos son Preocupaciones, Desempeño físico y Actitud frente al Tratamiento. Estas tres variables explicaron el 28.9% de la varianza. Éstos resultados coinciden con el análisis de función discriminante (ADF) en cuanto a las dos áreas de Actitud frente al tratamiento y desempeño físico; el área de preocupaciones no tuvo poder discriminante en el AFD, sin embargo s fue un buen predictor de la pertenencia de grupo en el análisis de regresión múltiple; únicamente se mencionan los resultados de ésta comparación adicional, sin presentar tablas, pues se trató de un procedimiento complementario.

Capítulo 6. *Discusión.*

La propuesta del presente estudio fue evaluar las diferencias en CVRS atribuibles a diversas condiciones de salud, así como someter a prueba aspectos de validez y confiabilidad de una escala de medición de CVRS, en cuanto a: a) la sensibilidad del instrumento para discriminar entre dos condiciones de enfermedad (enfermedades agudas y padecimientos crónicos) y b) la capacidad del mismo para detectar la transición de una condición aguda a una saludable. Los tres grupos de comparación estuvieron constituidos por: pacientes con enfermedades agudas y participantes con padecimientos crónicos que son los grupos de interés (grupos blanco), los sanos funcionaron como contraste.

La pertinencia del estudio ha quedado señalada por diferentes autores para obtener medidas útiles por su validez y confiabilidad para evaluar intervenciones en los terrenos de la salud pública (Cardiel-Ríos, 1994; Fernández-Ballesteros, 1998; Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006) y para la medición de la CVRS, por ser el estado de salud un aglutinante de los factores que conforman la CV (González-Puente y Sánchez-Sosa, 2001; Spilker, 1998).

Con relación al objetivo principal del presente trabajo, se puede afirmar que las diferencias en CVRS fueron significativas para la mayoría de las áreas evaluadas, es decir que las diferencias en CVRS en efecto se asocian a la situación de salud de los participantes. Quizá la contribución más importante del presente estudio es que revela que la situación de enfermedad, crónica o aguda, tiene un impacto medible en la CV de quien las padece, y que este impacto es específico en la mayoría de las áreas evaluadas.

Tal como se esperaba, la CVRS resultó más deteriorada en los participantes enfermos que en los sanos; los porcentajes acumulados de frecuencia muestran que de manera general éstos últimos tienen mejor CVRS y menor deterioro área por área.

Naturalmente en los sanos se observó un nivel mínimo de deterioro en áreas relativas al tratamiento médico, es posible que esto se deba a aspectos de automedicación, percepción de un leve deterioro en su estado de salud, o bien a una generalización sobre una situación hipotética de enfermedad. Con respecto a los otros dos grupos, los participantes con padecimientos agudos refirieron una mejor CVRS que los enfermos crónicos en casi todas las áreas, pero mostraron cierto nivel de deterioro en comparación con los sanos. Así se puede inferir un nivel de afectación susceptible de medición individual que cualquier padecimiento (sea este crónico o agudo) tiene sobre la CV de los individuos.

Es importante mencionar que la Dependencia Médica fue un área en la que los agudos obtuvieron el mayor porcentaje acumulado en dirección de deterioro, ligeramente superior a los crónicos, probablemente debido a que éstos últimos se hallan habituados al médico y los tratamientos y por tanto perciben mayor control sobre su enfermedad, mientras que los agudos atribuyen al médico mayor control en cuanto a su recuperación. Un ejemplo de los reactivos de la dimensión Dependencia Médica es: “sólo el médico puede hacer que me sienta mejor”. Éste dominio tuvo medias significativamente mayores entre los enfermos (independientemente de la cronicidad o brevedad del padecimiento) en contraste con los sanos. En efecto, un participante sano no tendría por qué tomar medicamentos ni ajustarse a un régimen médico específico. El hecho de que éste último grupo haya presentado un ligero

puntaje (nivel de deterioro) probablemente se asocia a experiencias de automedicación o de cuidados caseros de la salud.

El inventario ha probado tener consistencia interna y agruparse en áreas bien delimitadas tanto en el presente estudio como en investigaciones anteriores (Riveros, 2002; Rodríguez, 2002) arrojando al momento un total de doce áreas. Estudios previos sugieren que el InCaViSa es útil para estimar los beneficios de intervenciones psicológicas (Ceballos y Laguna, 2004; Cortázar-Palapa, 2003; Riveros, 2002; Rodríguez, 2002; Rodríguez 2004).

Los análisis de varianza mostraron que el InCaViSa discierne entre las tres condiciones evaluadas (sanos, crónicos y agudos) aun controlando la edad. Excepto el área de Familia, los 11 dominios restantes tuvieron medias significativamente diferentes con respecto a las tres condiciones con una probabilidad asociada $<.01$.

Los aspectos en que más difieren los crónicos, agudos y sanos con respecto a su valoración de la CVRS fueron la percepción que el paciente tiene sobre el vínculo establecido con su médico y la importancia que esta relación tiene en su vida; el grado en que el paciente atribuye el control de su salud al tratamiento médico; la percepción del sujeto sobre la energía e independencia física que posee para desempeñar sus actividades cotidianas; el nivel de aversión de la persona al tener que seguir un tratamiento médico incluyendo componentes como ingesta de medicamentos, asistir a las consultas y seguir las indicaciones del personal médico; el nivel de satisfacción o agrado sobre su apariencia física, así como si ésta se ha modificado por la enfermedad; las emociones y cogniciones relacionadas con los cambios en sus actividades de ocio ocasionadas por la pérdida del estado de salud;

la percepción del paciente del impacto de la enfermedad sobre los aspectos disfrutables de su vida; los recursos interpersonales que posee la persona para hacer frente a diferentes situaciones cotidianas; la percepción del apoyo de otros significativos en su entorno; los problemas cotidianos que afronta la persona sobre su capacidad de memoria y concentración; así como los pensamientos sobre los cambios que podrían ocurrir en sus relaciones afectivas con otras personas importantes de su entorno debido al proceso de enfermedad.

Si bien el área de familia no mostró diferencias significativas entre los grupos, dentro del análisis factorial (presentado en la subsección de materiales) este dominio se agrupó adecuadamente y obtuvo elevada consistencia interna lo cual implica que es un área válida en cuanto al contenido, no susceptible de eliminación. El hecho de que ésta no resultó significativa en los ANOVAS probablemente se debió a que sus reactivos, que evalúan el nivel en que el individuo percibe que los miembros de su familia se involucran afectivamente con él, constituyen un dominio que los grupos percibieron como una constante en sus vidas y por lo tanto no hubo diferencias significativas. Aunque pocos individuos respondieron de manera negativa respecto al involucramiento afectivo de su familia, los tres grupos, utilizaron toda la gama de respuestas. Si bien la mayoría contestó de forma positiva, sí hubo casos que mostraron deterioro, por ejemplo, 16% de los crónicos respondieron en la opción nunca (0%) en reactivos como: “el amor de mi familia es lo mejor que tengo”, probablemente debido a que por su duración, las enfermedades crónicas deterioran la interacción familiar de algunos pacientes, pues implican cambios en el estilo de vida que demandan atención y cuidados permanentes impactando las relaciones familiares. Lo anterior sugiere que este dominio puede reflejar aspectos idiosincrásicos de la población. Es probable que en otras sociedades esto sea

diferente. Por otra parte, se trata de un dominio que tampoco fue interpretable en el análisis de función discriminante, por lo tanto fue el única área que no arrojó información relevante para los propósitos del presente estudio.

En cuanto a la sensibilidad del instrumento para evaluar intervenciones, los hallazgos de la presente investigación extienden resultados previos con enfermedades crónicas como hipertensión arterial (Ceballos y Laguna, 2004; Riveros, 2002; Rodríguez, 2002; Rodríguez 2004), Diabetes Mellitus (Cortázar-Palapa , 2003), VIH-Sida (González-Puente y Sánchez-Sosa, 2001), cirrosis hepática e insuficiencia renal (Rodríguez, 2002). Al parecer la cronicidad y gravedad de la enfermedad son los componentes de mayor impacto negativo sobre la CV, incluyendo los aspectos comportamentales, cognitivos y emocionales que determinan el bienestar de las personas (Sánchez-Sosa, 2002).

El Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) evalúa factores relativos a la adherencia terapéutica y la interacción con el equipo médico, tales aspectos pertenecen a las áreas Actitud frente al Tratamiento, Relación con el Médico y Dependencia Médica y suelen estar ausentes en las evaluaciones de CV y de CVRS. En una revisión extensa de los instrumentos disponibles para evaluar la CV se encontraron características relacionadas con la medición de síntomas, estado emocional y habilidades de afrontamiento o carencia de las mismas (por ejemplo, WHOQol-Bref, EuroQoL-5D, SF-36, SIP, QL-Index) lo cual concuerda con autores como Gladis, Gosch, Dishuk y Crits-Christoop (1999) quienes afirman que los instrumentos de CVRS hacen énfasis típicamente en sintomatología, impedimentos, funcionamiento y discapacidad. Las características novedosas del InCaViSa representan su mayor contribución, pues implican la valoración de dominios de

CVRS no considerados en otros instrumentos, y que fueron los que más contribuyeron la capacidad del inventario para predecir la pertenencia a los grupos en relación al tipo de padecimiento.

En el análisis de función discriminante, la Relación con el Médico reiteradamente fue la de mayor importancia, además de tener la mayor carga con la función discriminante lo cual parece implicar que la percepción que el paciente tiene sobre el vínculo establecido con su médico y la importancia que tal relación tiene en su vida es un aspecto definitorio que distingue a un paciente crónico de un agudo. En contraste la que menos correlacionó con la función discriminante fue el de las preocupaciones asociadas a la enfermedad y resultó un indicador moderado de la dispersión entre los grupos debido a que los tres grupos contestaron de forma similar. Este efecto quizá sea ocasionado porque los crónicos se hallan habituados a la cronicidad del padecimiento y por lo tanto responden en similitud con los sanos. Por su parte, la mayoría de los pacientes agudos aparentemente saben que se trata de una condición temporal mostrando niveles de angustia y preocupación similares a los otros dos grupos. Por lo tanto el inventario separa de manera efectiva las tres condiciones (sanos, agudos y crónicos) en las tres áreas mencionadas, que mostraron una separación clara dentro del espacio vectorial.

Merece especial atención el hecho de que las áreas que tuvieron mayor poder discriminante, además de reflejar diferencias en las comparaciones de medias intergrupales fueron las relacionadas con aspectos de la interacción del paciente con el médico, el control percibido sobre la propia salud así como la percepción y actitudes de los pacientes con respecto al nivel de aversión de la persona al tener que seguir un tratamiento médico y seguir las indicaciones del personal de salud (las

áreas de Relación con el médico, Dependencia Médica y Actitud frente al tratamiento). Sin embargo, es importante resaltar que por la naturaleza del análisis, este resultado es más bien de tipo confirmatorio.

A pesar de que el área de preocupaciones no tuvo capacidad para discriminar entre los grupos con respecto a cómo se distribuyen las puntuaciones en el espacio vectorial, sí tuvo capacidad predictiva en el análisis de regresión múltiple complementario, lo cual indica que es un área importante para predecir a que grupo pertenecen los participantes en función de la manera en que contestan el inventario.

El procedimiento para evaluar la sensibilidad al cambio de una condición aguda a una saludable (Wilcoxon) reveló que la Actitud Frente al Tratamiento es importante. Se trata de un rubro compuesto por respuestas dependientes de la condición de salud: al estar enfermo tales implicaciones son relevantes, una vez sano ya no lo son tanto, pero su mayor utilidad posiblemente reside en la evaluación objetiva derivada del cambio en el estado de salud. En cuanto al resto de las áreas, la sensibilidad con respecto al cambio de condición no fue notoria, sin embargo, es pertinente señalar la conveniencia de realizar mayor investigación al respecto ya que sólo fue posible la comparación de 24 participantes.

La evaluación de la CVRS de la presente investigación, se adscribe dentro de las mediciones conceptualmente llamadas subjetivas, al ser una medida de experiencias de vida y percepciones de los propios participantes, mismas que destacan entre las más útiles para cuantificar la experiencia humana dentro de la ciencia psicológica (Campbell, 1976). El estudio incluyó aspectos tanto del método nomotético como del idiográfico desde la concepción de autores como McGuigan (1997) y Phares y Trull

(2003) al incluir tanto diferencias individuales a lo largo del tiempo como las diferencias intergrupales. Así mismo, el estudio respondió a las directrices de la Organización Mundial de la Salud con respecto a la construcción de escalas de medición de la CV (WHO, 1998). El estudio se encuadra dentro del Modelo Jerárquico de tres niveles de medición de la Calidad de Vida propuesto por Spilker en 1998, que abarca tanto la evaluación de la CV general (escala visual análoga: reactivo 53), los dominios constituyentes de la CV por separado (representados por las áreas del InCaViSa), así como al tercer nivel que incluye los aspectos específicos a evaluarse por cada dominio (es decir, los reactivos de cada área del inventario).

Cabe recordar que dentro de la investigación sobre Calidad de Vida, el presente estudio fue de carácter analítico no un experimento; no fue posible asignar a los participantes de manera aleatoria al conformar los grupos, no hubo un proceso de igualación de grupos en el sentido más tradicional y experimental (Kerlinger y Lee, 2002), así como control directo sobre las variables independientes (la condición crónica, aguda o saludable) por tratarse de variables distales (Sánchez-Sosa, 2002). Sin embargo, el principal objetivo fue hacer comparaciones entre tres condiciones naturales ya existentes en la sociedad y el carácter analítico del estudio lo ubica en la dirección de una investigación de campo. El presente representa un esfuerzo por recabar información confiable y válida en aras de contribuir a esta línea de investigación con una herramienta sólida de evaluación psicológica. Si bien es cierto que los hallazgos no pueden generalizarse a poblaciones o considerarse representativos de toda la población mexicana, se observaron criterios socioeconómicos que abarcan una gran cantidad de características de la población de la ciudad de México, trátase de participantes sanos o enfermos. También es pertinente reconocer que aún faltan establecer algunos parámetros para la

calificación del InCaViSa que en un futuro podrían incluir la posibilidad de obtener perfiles de CVRS estandarizados, se sugiere la realización de mayor investigación en este sentido, así como en CV relacionada con padecimientos agudos.

La investigación en cuanto al impacto de las enfermedades agudas sobre la CV general y CVRS aún permanece escasa: las bases de datos especializadas (por ejemplo: Medline o psycINFO) muestran que a la fecha, la evaluación de la CV en pacientes agudos es un terreno relativamente ignoto, pues la mayoría de las investigaciones han dado preferencia a la CV relacionada con padecimientos de larga duración, probablemente debido a lo transitorio del impacto atribuible a las enfermedades breves y agudas.

En conclusión, los procedimientos de evaluación de la validez y confiabilidad del inventario de la presente investigación arrojaron resultados que apuntan hacia un instrumento sólido que incluye consistencia interna, estabilidad temporal, y poder de clasificación predictiva, lo cual implica que el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) posee buenas propiedades psicométricas para medir CVRS en una variedad y en un espectro de gravedad de condiciones relacionadas con la salud. Es pertinente recordar que el inventario fue desarrollado para medir CV relacionada con enfermedades crónicas y se encontró que en general también brinda información sobre otras condiciones con respecto a la pérdida de salud.

Referencias:

- Albrecht, G. L; Fitzpatrick R. (1994). A sociological perspective on health-related quality of life research. *Advances in Medical Sociology* (5). En G.L Albrecht & R. Fitzpatrick (Eds.). *Quality of Life in Health Care*. London: Jai Press, Greenwich.1-21.
- Allen, F. (1998). *Health Psychology, Theory and Practice*. Allen & Unwin Pty. Ltd. Sydney, Australia.266-289.
- Arnold, R; Ranchor, A. V; Sanderman, R; Kempen, J. Ormel & Suurmeijer T. P. B. M. (2004). The Relative Contribution of Domains of Quality of Life to Overall Quality of Life for Different Chronic Diseases. *Quality of Life Research* 13. 883-896.
- Barge-Schaapveld, D. Q. C. M ;. Nicolson, N. A ; Delespaul, P. A. E. G & de Vries M. W. (2000). Evaluación de la Calidad de Vida Diaria con el Método del Muestreo de Experiencias en H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (Eds.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson. 93-105.
- Becker, M; Diamond, R. (2000). Nuevos Avances en la Medición de la Calidad de Vida en la Esquizofrenia en H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (Eds.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson. 115-128.
- Boling, W. (2002). The Caregiver Quality of Life Cystic Fibrosis (CQOLCF) Scale: Development and Validation. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 62 (8-A). 2692.

Brotons, C; Ribera, A; Permanyer, G; Cascant, P; Moral, I; et al. (2000). Adaptación del Cuestionario de Calidad de Vida Post-Infarto MacNEW QLMI para su uso en la Población Española. Trabajo presentado en la III Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, La Habana, Cuba, 27 de Noviembre al 1º de Diciembre del 2000.

Campbell, A. (1976). Subjective Measures of Well-Being. *American Psychologist* 31(2). 117-124.

Cardiel-Ríos, M. (1994). La Medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno-Altamirano, F. Cano-Valle, y H. García-Romero (Eds.) *Epidemiología Clínica (2ª ed.)*. México: Interamericana./McGraw Hill. 189-199.

Ceballos, G. V. y Laguna, R. (2004). Afrontamiento al Estrés, Calidad de Vida y Adherencia Terapéutica en Pacientes Hipertensos: Efecto de un Programa Cognitivo-Conductual. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Clark-Carter, D. (2002). Investigación Cuantitativa en Psicología: Del Diseño Experimental al Reporte de Investigación. México: Oxford University Press. 29-30.

Cortazar-Palapa, J. M. (2003). Calidad de Vida en Pacientes Diabéticos. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Czyzewski, D. (1988). Stress Management in Diabetes Mellitus. En M. L. Russell: *Stress Management for Chronic Disease*. NY: Pergamon Press. 271-289.

Dolan, P. (1998). Valuing Health-Related Quality of Life, issues and controversies; *Pharmacoeconomics*, 15 (2). 119-127.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of Life: Concept and Assessment. En J.G. Adair, D. Belanger & K.L. Dion (Eds.). *Advance in Psychological Science*. UK, East Sussex: Psychology Press. 387-406.

Fernández, J. A; Rancano I. y Hernández R. (1999). Propiedades Psicométricas de la Versión Española del Cuestionario PECVEC de Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. *Psicothema*, 11(2). 293-330.

Foster, M; Chaboyer, W. (2003). Family Carers of ICU Survivors: A Survey of the Burden they Experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 17(3). 205-214.

Gladis, M. M; Gosch, E. A; Dishuk, N. M. y Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the Scope of Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67. 320-331.

González-Celis A. L; (2002). Efectos de Intervención de un Programa de Promoción a la Salud Sobre la Calidad de Vida en Ancianos. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México.

González-Puente, J. A; Sánchez-Sosa, J. J. (2001). Systematic Assessment of Quality of Life in HIV-Positive Patients at Three Clinical Stages of the Infection. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 1(3). 519-528.

Goodwin, D; Boggs, S. Y Graham-Pole J. (1994). Development and Validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale. *Psychological Assessment*, 6(4). 321-328.

Granados-Ramírez, M. (2004). Prejuicio Social Hacia el SIDA y su Influencia Sobre la Calidad de Vida del Paciente Seropositivo al VIH. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Harper, A. & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28. 551-558.

Katschnig, H. (2000). Utilidad del Concepto de Calidad de Vida en Psiquiatría en H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (Eds.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson. 3-15.

Kerlinger, F. N; Lee, H. B. (2002). Investigación del Comportamiento (4^a. ed). México: Interamericana/McGraw Hill. 21-34, 503-528.

Kosmala, K; Kloszewska, I.(2004). The Burden of Providing Care for Alzheimer's Disease Patients in Poland. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 19(2). 191-193.

Lehman, A. F. (2000). Instrumentos para Medir la Calidad de Vida en los Trastornos Mentales en H. Katschnig; H. Freeman y N. Sartorius (Eds.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson. 77-92.

Luria, D. L. L. (2001). An Investigation of Caregiver Burden in Primary Caregivers of Home Hospice Patients with Cancer Versus Non-Cancer, Non-AIDS Diagnoses.

Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 61(10-A). 3908.

Mannucci, E; Ricca, V; Barciulli, E; Di Bernardo, M; Travaglini, R; et al. (1999) Quality of Life and Overweight: The Obesity Related Well-Being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 24(3). 26-31.

McGuigan, F.J. (1997). *Experimental Psychology: Methods of Research* (7th ed.). N. J: Upper Saddle River, Prentice Hall. 285.

Morato, H. L; Posadas, R. C. (1998). Diagnóstico y Tratamiento de las Dislipidemias. En G. I. Lerman (ed.) *Atención Integral del paciente Diabético* (2^a. Ed). México: McGraw Hill/ Interamericana. 169-178.

Moriarty, D. G. Zack M. M. & Kobau R. (2003). The Centers for Disease Control and Prevention's Healthy Days Measures-Population Tracking of Perceived Physical and Mental Health Over Time. *Health and Quality of Life Outcomes*, BioMedCentral. 1-8.
Recuperada e enero 2007 de: <http://www.hqlo.com/content/I/I/37>

Morris, W. W; Buckwalter, K. C; Cleary, T. A; Gilmer, J. S; Hatz, D. L. & Studer, M. (1990). Refinement of the Iowa Self Assessment Inventory. *Gerontologist*, 30. 243-247.

Nomothetic and idiographic. (2006, December 27). *Wikipedia, The Free Encyclopedia*.
Recuperada en Enero 17, 2007, de
http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Nomothetic_and_idiographic&oldid=96645990

Nunnally, J. C. (1987). Teoría Psicométrica. México: Trillas. 15-132, 247-494.

Organización Mundial de la Salud: OMS, (1998). Manual de Instrucciones de la OMS Sobre la Calidad de Vida (Anexo IX). En el Autor: Pautas Generales Para las Metodologías de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional. Ginebra. 61-71 (documento inédito WHO/MNH/MHP/98.3). Recuperado en marzo, 2007 de: whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2000.1_spa.pdf

Pagano, R. R. (1999). Estadística Para las Ciencias del Comportamiento (5ª ed.). Pittsburgh: Internacional Thomson. 423-455.

Phares, J. E; Trull, T. J. (2003). Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Aspectos Prácticos de la Profesión (6ª ed). México: Thomson Learning. 3-114.

Plaisted, C; Lin, P; Ard, J; Mc Clure, M. & Svetkey, L. (1999). The Effects of Dietary Patterns on Quality of Life: A Substudy of the Dietary Approaches to Stop Hypertension Trial. *Journal of American Dietetic Association*. American Dietetic Association. 99 (8).

Ritchey, F. J. (2002). Estadística Para las Ciencias Sociales; el Potencial de la Imaginación Estadística. México: McGraw-Hill. 532-569.

Riveros, A. (2002). Calidad de Vida en Padecimientos Crónicos: Un Estudio en Pacientes Hipertensos. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Riveros, A. (2007). Valoración Integral y Factores de Cambio en Hipertensión Esencial Reactiva. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México.

Robles, R; Varela, R; Jurado, S. Y Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. En Prensa.

Rodríguez, H. (2004). Medición de la Calidad de Vida en un Grupo con Hipertensión Arterial. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez, O. (2002). Mejoramiento de la Calidad de Vida en Pacientes Crónicos. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health Psychology: Prevention of Disease and Illness, Maintenance of Health. Recuperada de Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Social Sciences & Humanities. Oxford, UK. <http://www.eolss.net>

Sánchez-Sosa, J. J; González-Celis Rangel, A. L. (2006). Evaluación de la Calidad de Vida Desde la Perspectiva Psicológica, en V. E. Caballo: *Manual Para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide. 473-491.

Sánchez-Sosa, J. J; González-Puente, J. A. (2002). El Bienestar del Paciente Seropositivo al VIH-SIDA. México: Facultad de Psicología, UNAM y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CoNaCyT). 29-94.

Sánchez Sosa J. J; Hernández-Guzmán L. (1993). Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC). Documento de Circulación Interna, Universidad Nacional Autónoma de México.

Schwartzmann L. (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales; *Ciencia y Enfermería*. 9(2). 9-21. Recuperada en mayo, 2007 de: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532003000200002&script=sci_arttext

Siegel, S; Castellán, N. J. (1995). Estadística No Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta(4ª. ed.). México: Trillas. 98-199.

Sociedad Mexicana de Psicología, SMP. (2002). Código Ético del Psicólogo. México: Trillas. 82-85.

Spilker, B; Cramer, J.A. (1998). Quality of Life Pharmacoeconomics, An Introduction. Philadelphia & NY: Lippincott-Raven. 1-48.

Tabachnick, B. G; Fidell, L. S; (1989) Using Multivariate Statistics, 2nd Edition. California State University: Harper Collins. 505-594.

UNAIDS (2005). General Information About HIV and AIDS. Recuperada en abril de 2005 de <http://www.unaids.org/en/Resources/faq/>

Vickrey, B. G; Hays R. D; Marooni, R; Myers, L. W; et al. (1995). A Health-Related Quality of Life Measure For Multiple Sclerosis. *Quality of Life Research*, 4(3) 187-206.

Velarde-Jurado, E; Ávila Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México* 44(4). 349-361.

World Health Organization, WHO. (2002). The world Health Report 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Ginebra: Suiza. 81-92.

The WHOQOL Group. (1993). Study Protocol for the World Health Organization: Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. 2 (2) 153-159.

The WHOQoL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from The World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 41(10). 1403-1409.

ANEXO I.

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

ANGELICA RIVEROS
JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
MARK ANDREW GROVES



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
VERSION 4. © 2000-2005

INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca **Casi** Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE".

0% 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- **Casi** Siempre
 Nunca Veces Mente **Siempre**

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante **las últimas dos semanas**, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los **últimos quince días**.

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará.

0%20%40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

0%20%40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

PREOCUPACIONES

3. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad.

0%20%40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

4. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.

0%20%40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

5. Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad.

0%20%40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

6. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad

0%20%40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

DESEMPEÑO FÍSICO

7. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas
- 0%20%40%60%80% 100%
- Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
Nunca Nunca Veces Mente Siempre
8. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente.
- 0%20%40%60%80% 100%
- Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
Nunca Nunca Veces Mente Siempre
9. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.
- 0%20%40%60%80% 100%
- Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
Nunca Nunca Veces Mente Siempre
10. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.
- 0%20%40%60%80% 100%
- Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
Nunca Nunca Veces Mente Siempre
-

Durante las últimas 2 semanas...

AISLAMIENTO

11. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.
- 0%20%40%60%80% 100%
- Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
Nunca Nunca Veces Mente Siempre
12. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme.
- 0%20%40%60%80% 100%
- Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
Nunca Nunca Veces Mente Siempre
13. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes.
- 0%20%40%60%80% 100%
- Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
Nunca Nunca Veces Mente Siempre
14. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros.
- 0%20%40%60%80% 100%
- Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
Nunca Nunca Veces Mente Siempre
-

Durante las últimas 2 semanas...

PERCEPCIÓN CORPORAL

15. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a).

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

16. Me siento restringido(a) por mi peso.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

17. Me da pena mi cuerpo.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

18. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a)

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

FUNCIONES COGNITIVAS

19. Se me olvida en dónde puse las cosas.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

20. Se me olvidan los nombres.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

21. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

22. Tengo problemas con mi memoria.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

23. Me fastidia tomar tantas medicinas.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

24. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

25. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

26. Me siento incómodo(a) con mi médico.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

FAMILIA

27. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

28. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

29. Mi familia me comprende y me apoya.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

30. Mi familia cuida mis sentimientos.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

TIEMPO LIBRE.

31. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

32. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

33. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

34. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

VIDA COTIDIANA.

35. Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

36. Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

37. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

38. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

DEPENDENCIA MÉDICA.

39. Espero que el médico cure todos mis síntomas.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

40. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

41. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

42. El responsable de que me cure es el médico.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

RELACIÓN CON EL MÉDICO.

43. Disfruto asistir al médico.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

44. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

45. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

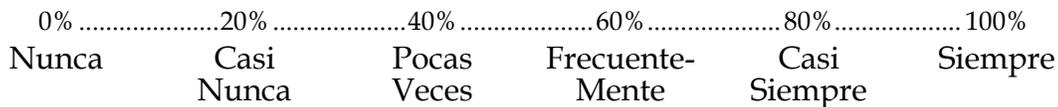
46. Necesito atención médica constantemente.

0%20%40%60%80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

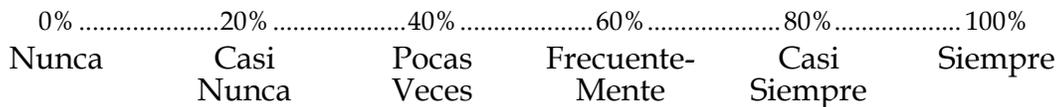
Durante las últimas 2 semanas...

REDES SOCIALES

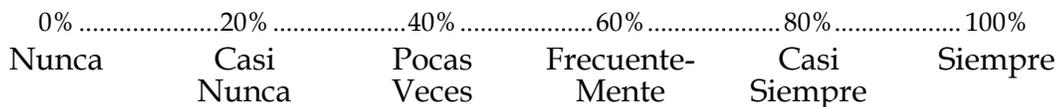
47. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.



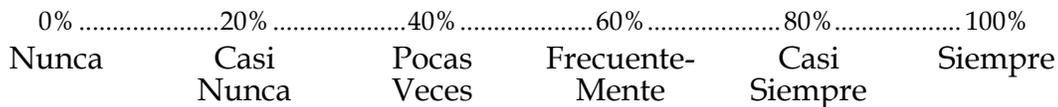
48. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.



49. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.

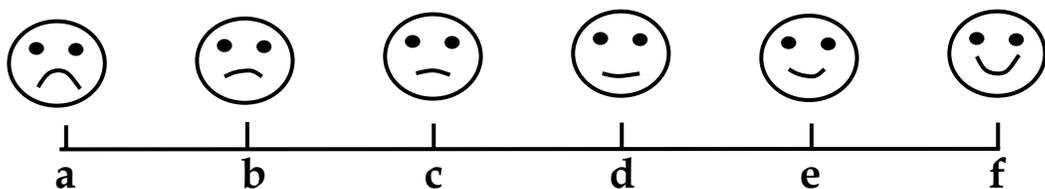


50. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.



BIENESTAR Y SALUD

51. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?
Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



La Peor
calidad de vida
posible

La Mejor
calidad de vida
posible

Tan mala o peor
que estar muerto(a)

BIENESTAR Y SALUD

52. Mi salud en general es...

O O O O O O O
Muy Mala Regular Buena Muy Excelente
Mala Buena

53. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?

O O O O O O O
Muy Mala Regular Buena Muy Excelente
Mala Buena

54. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.).

NO SI, por favor describa: _____

55. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación).

NO SI, por favor describa: _____

56. Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:

COMENTARIOS GENERALES

57. Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escríbalo aquí. En caso de que necesite más espacio utilice el reverso de ésta página.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Sexo: Femenino Masculino

¿Vive solo? Si No

En caso de haber respondido no, por favor escriba las edades de las personas con quienes vive y la relación o parentesco que tienen con usted

Edad	Sexo	Relación o parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Escolaridad (marque uno):

- Primaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Primaria Completa
- Secundaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Secundaria completa
- Estudios comerciales: Escriba de qué tipo: _____
- Preparatoria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Preparatoria completa
- Estudios Universitarios. Escriba la carrera y último semestre o grado obtenido:

¿Cuál es su ocupación?: _____

Ingreso promedio mensual \$ _____

Ingreso promedio mensual
de los habitantes en su casa \$ _____

Gracias por su participación y paciencia

La Unidad de Medicina Familiar No. 19 y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección para participantes en investigación. Presentamos a usted la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. Aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio. No tendría problema o consecuencia ninguna como usuario(a) de los servicios de la Clínica, Instituto, Hospital o de cualquier otra índole.

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD



Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que pueden interferir con su vida cotidiana y bienestar. Le pediremos que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud. No hay respuestas buenas ni malas, y aunque es probable que pueda sentirse incómodo(a) con algunas preguntas, su franqueza nos permitirá diseñar programas preventivos o de ayuda.

Completar el cuestionario le tomará entre quince y veinte minutos. Su participación es completamente voluntaria, anónima y está en absoluta libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. Recuerde que por no participar no tendrá ningún problema o consecuencia negativa como usuario de los servicios de la clínica ni de ninguna otra índole. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos. *Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza, conteste con la verdad.*

A mi _____ (nombre), se me ha informado sobre todos los aspectos del estudio. Todas mis preguntas al respecto se respondieron a mi entera satisfacción. Acepto participar en esta actividad, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento.

Entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden publicarse pero no los de mi participación individual, y que mi participación no se podrá identificar en ninguna forma.

_____/ 2004
Participante o representante autorizado Fecha

_____/ 2004
Investigador Fecha

Si desea más información o tiene alguna duda sobre el proyecto titulado INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD por favor diríjase a Angélica Riveros en la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México al teléfono: 56-22-23-32

Si desea recibir una copia de los resultados del presente estudio, por favor anote abajo una dirección electrónica (e-mail) o postal. Le haremos llegar los resultados tan pronto como sea posible.

Nombre: _____

E-mail: _____

Dirección: _____

Calle: _____ No: _____ Colonia: _____

Delegación _____ C.P. _____ Ciudad: _____

ANEXO II.



Consentimiento Informado

La Unidad de Medicina Familiar No. 19 y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección para participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario(a) de los servicios del Instituto, Hospital o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, y el aprendizaje de distintas maneras de sobrellevarlas, para ello se le pedirá en cinco ocasiones que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntarán sus costumbres, sentimientos, creencias y actitudes hacia la salud; posteriormente se le pedirá que asista a una intervención tipo curso, en la que se revisarán y modificarán aquellas conductas, emociones o pensamientos que interfieran en su bienestar y el de su familia.

Es probable que pueda sentirse incómodo(a) con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá desarrollar el tratamiento adecuado a sus necesidades, contribuyendo a la mejora substancial de su calidad de vida aún dentro del proceso de enfermedad.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que nos proporcione será anónima y no habrá forma de identificarlo(a) a través de ella. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactarme, Lic. Angélica Riveros Rosas o al Dr. Juan José Sánchez Sosa, supervisor del proyecto.

Lic. Angélica Riveros Rosas
Facultad de Psicología
Nacional Autónoma de México
México Tel: 56 22 23 32
E-mail: arotge@yahoo.com.mx

Dr. Juan José Sánchez Sosa
Facultad de Psicología Universidad
Universidad Nacional Autónoma de
Tel: 56 22 00 92
E-mail: johannes@servidor.unam.mx

Con mi firma declaro tener 18 años o más y que también otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionario pertinentes y a asistir a las entrevistas.

Testigo 1

Testigo 2

Fecha _____

Entrevistador _____