

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON DIFERENTES ENFERMEDADES CRÓNICAS

Georgina E. Bazán Riverón, Maricela Osorio Guzmán,
Patricia Paredes Rivera y M^a Refugio Ríos Saldaña
UNAM-Iztacala (México)

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue comparar la calidad de vida de acuerdo al tiempo de diagnóstico (reciente: menos de un mes, posterior: de seis a doce meses) en cuatro grupos de pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, asma y migraña), participaron 80 pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La calidad de vida fue evaluada mediante un instrumento elaborado para población mexicana, el cual consta de 86 ítems agrupados en las siguientes categorías: sexual, familiar e interpersonal, cuidado y apariencia personal, áreas laboral, emotivo-afectiva, autoconcepto, nivel socioeconómico y académico. Las variables significativas fueron: tiempo de diagnóstico, grado académico y antigüedad laboral. Los resultados muestran diferencias en la comparación de tiempo de diagnóstico, nivel académico (años de estudio) y ocupación (antigüedad en años). Por otra parte, también se observó que la sintomatología de cada padecimiento impacta el autocontrol y autoconcepto de los pacientes, fenómenos que están estrechamente vinculados a su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: *Calidad de vida, enfermedades crónicas, evaluación.*

Abstract

This article was mainly aimed to compare the quality of life of a group of patients according to the point of time when their diagnosis was provided: either recent (less than a month), or later (six to twelve months), and was conducted with four patient groups with chronic diseases such as hypertension, diabetes, asthma and migraine. Eighty patients from the Mexican Health Service [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)] participated in the study. Life quality was evaluated through the application of an instrument elaborated specifically for the Mexican population which includes 86 items distributed in the following categories: sexual, familiar and interpersonal, personal care and appearance, working areas, emotive-affective, self concept, academic and socioeconomic level. The most significant variables were: point of time when the diagnosis was provided, academic level and

years of service in an employment. Results show certain differences when comparing time of diagnosis, academic level (school years) and occupation (measured in years of service). On the other hand, the symptoms of each ailment have an impact in the self-control and self-concept of the patients, phenomena closely linked to their life quality.

KEY WORDS: *Quality of life, chronic diseases, evaluation.*

Introducción

El origen del término «Calidad de vida» se remonta a los siglos XVIII y XIX en los ámbitos de salud y trabajo. Es después de la segunda guerra mundial cuando se introduce el término en la economía, lo que ha generado que cada disciplina proporcione una definición adecuada al propio fenómeno de estudio. A este respecto, en el desarrollo del término se pueden encontrar diversas acepciones que consideran calidad de vida como satisfacción, bienestar, nivel de vida o felicidad, planteando el problema de objetividad-subjetividad de la calidad de vida.

Dicha diversidad en su origen ha llevado también a discusiones sobre su definición, los aspectos que deben constituirlo, sus instrumentos de medición y la pertinencia de evaluar ciertas áreas. A pesar de que no existe un acuerdo al respecto, no puede negarse el importante papel que tiene el concepto de calidad de vida en el campo aplicado, pues trae consigo todos los beneficios de constituirse en un abanico de posibilidades donde pueden agruparse tantos aspectos como sean necesarios para el estudio de los fenómenos psicológicos. No obstante, esto genera que se trabaje con un concepto inacabado, que podría conducir a la acumulación de estudios que abordan diferentes fenómenos humanos sin concretarse en una categoría conductual válida y fiable reconocida en el ámbito científico.

A pesar de las dificultades para concretar el término calidad de vida, se pueden encontrar dos puntos de convergencia entre investigadores; el primero, se da en la consideración de las áreas que conforman la esfera biopsicosocial de las personas, incluyendo (hábitos de salud, sexualidad, habilidades sociales, relaciones familiares e interpersonales, cuidado de uno mismo, etcétera); el segundo, derivado del anterior, es el acuerdo en la importancia que entraña la valoración de las personas sobre estos conceptos atribuyéndole cierto grado de satisfacción.

De este modo, al tratar el término calidad de vida es inherente concebir la valoración que hace el sujeto como un proceso cognitivo (subjetivo), ya que aun pudiendo establecer categorías conductuales (objetivas), la persona siempre aparece como un mediador que interpreta, lo cual convierte al término en una amalgama de percepción de bienestar-satisfacción a pesar de partir de condiciones objetivas.

En un intento por homogeneizar el término de calidad de vida, se revisan las categorías que lo pueden conformar. Sin embargo, no ha sido un esfuerzo muy productivo, pues sólo se ha llegado a la conformación de un metaconcepto, donde casi cualquier categoría puede ser válida (Grau, 1966), con lo cual, evidentemente, no se ha dado solución alguna.

La diversidad de áreas que pueden definir calidad de vida se puede ejemplificar comparando dos estudios: uno dirigido a la calidad de vida en pacientes crónicos y otro que se ocupa de la calidad de vida en el trabajo. En el primer estudio (D'Ancona, Botega, De-Moraes, Lavoura, Santos y Rodríguez-Netto, 1997), investigan el impacto de una penectomía parcial sobre la calidad de vida de pacientes con cáncer, evaluando tres dimensiones: ajuste social, sexualidad y estado emocional, para lo cual emplean como instrumentos: una entrevista semiestructurada, un cuestionario de funcionamiento sexual, uno de problemas sociales, y uno general de salud, además de una escala de depresión y ansiedad hospitalaria.

En el segundo estudio para el caso de calidad de vida en el trabajo (Aguado, 1996), el término se refiere a la calidad de las relaciones entre trabajadores y el medio ambiente laboral, enfatizando la dimensión humana del trabajo. De este modo, los programas se centran con frecuencia en mejorar la calidad de vida laboral, dirigiéndose a la satisfacción de una amplia gama de necesidades personales, considerando los siguientes criterios para su evaluación: suficiencia en las retribuciones, condición de seguridad y bienestar en trabajo, oportunidades inmediatas para usar y desarrollar capacidades humanas, oportunidad de crecimiento continuo y seguridad, integración social en el trabajo de la organización, equilibrio entre trabajo y vida, relevancia social y vida laboral.

Como puede observarse, ambas investigaciones hablan de calidad de vida, considerando aspectos objetivos y subjetivos, aludiendo a la satisfacción. Sin embargo, hay una gran disparidad de indicadores, los cuales se considera que constituyen y definen dicho término.

Por otro lado, si bien el empleo del término ha sido bastante generalizado y prematuro, es incuestionable la gran utilidad en diversas áreas de la Psicología de la Salud, donde evaluar mediante esta categoría en el ámbito hospitalario ha delineado importantes rutas de intervención en el trabajo con enfermos terminales o simplemente en el apoyo a paciente con padecimientos tanto crónicos como agudos.

Trascendiendo los problemas de definición y contenido del término calidad de vida, existen en la literatura evidencias del cuidado metodológico que debe tenerse al emplearlo. Así, Márquez, Fernández, Tejero, Gallego, Sánchez y Baca (1998) informan de un trabajo sobre calidad de vida en pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable, identificando cinco aspectos complementarios que pueden orientar a los investigadores en el empleo del término calidad de vida, dejando un poco de lado la discusión de las áreas que se deben incluir en calidad de vida, orientándose a la funcionalidad del mismo:

- Concepto psicológico de calidad de vida. Se refiere a la experiencia subjetiva y a la percepción que tiene cada persona de su propio estado. Se valora la forma en que el paciente percibe su situación y en la que experimenta sus padecimientos.
- Concepto basado en la utilidad. Se deriva de la oposición entre calidad y cantidad de vida. La calidad sería una medida de «vida aceptable para ser vivida».
- Concepto sociológico o basado en el impacto sobre la comunidad. Se centra en el efecto que una enfermedad determinada ejerce sobre una comu-

- nidad concreta. En esta forma de entender la calidad de vida se mide no sólo el efecto sobre el individuo, sino sobre el grupo social cercano al mismo.
- Concepto de reintegración a la vida normal. Es un concepto ligado al de la «*restitutio ad integrum*». El nivel óptimo de calidad de vida se lograría al conseguir en el individuo un nivel de funcionamiento igual al que presentaba previamente a la aparición del proceso patológico.
 - Concepto basado en las expectativas. Se basa en la concepción de la calidad de vida como la resultante entre tres comparaciones fundamentales: la comparación entre lo mejor del pasado y lo actual, entre la situación del sujeto y la situación de los que le rodean, y entre lo que el sujeto deseaba y lo que ha conseguido. Aplicado al campo de la enfermedad, sería la diferencia entre las expectativas del paciente sobre los resultados de la intervención médica a que se ha sometido y los resultados reales obtenidos.

La importancia de este estudio radica en la clasificación inmersa en los cinco aspectos complementarios, que permite emplear el término calidad de vida desde perspectivas distintas atendiendo desde la noción de definición en un sentido psicológico y sociológico, la consideración de individuos y grupos, así como las variantes metodológicas de comparación de dos momentos (estudios de tipo transversal de tipo pre y post-test, siempre necesarios en el trabajo de evaluación de procesos de salud y enfermedad).

Otro aspecto metodológico que surge como reflejo de ésta problemática es la gran variedad de instrumentos que intentan dar respuesta a cada una de las necesidades de estos estudios. En términos generales, tales instrumentos pueden ser agrupados en dos tendencias (Kaplan, 1985):

La primera se considera psicométrica y consiste en la creación de ítems que representan las diferentes incapacidades que se manifiestan en la vida diaria de los pacientes; los ítems son aplicados a una muestra representativa con la finalidad de elaborar un perfil que refleja calificaciones individuales en dimensiones diferentes; en cuanto a los criterios que emplea se identifican: Medición de los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud y de la calidad del cuidado, detección de necesidades, estudio de las causas y consecuencias del estado de salud. Como ejemplo de esta tendencia están el Perfil de Impacto de *Enfermedad (SIP)*; *Cuestionario Indicador de la Salud McMaster (MHIQ)*; *Índice de Actividades Diarias (ADL)*; *Medidas de Calidad de Vida de Enfermedades Específicas (AIMS)*.

La segunda tendencia es la llamada de Diferencias Individuales, la cual se centra en una sola dimensión y se emplean varias evaluaciones; de este modo se consideran una serie de condiciones diferentes de salud las cuales deben ser divididas y valoradas a manera de escala. Esta aproximación se desprende de la orientación cognitivo conductual; su interés básico es crear instrumentos sensibles a las diferencias individuales y generar estrategias específicas y fiables sobre las formas de respuesta a fenómenos relacionados con el padecimiento de diferentes enfermedades. Así Turk y Kerns (1985) señalan los siguientes procedimientos que se desprenden de esta segunda perspectiva: Afrontamiento al estrés por Lazarus y Folkman (1984);

Inventario de Estrategias de Afrontamiento; Evaluación cognitiva de Eventos; Escalas de autoeficacia; Inventarios de autoinforme.

Resumiendo, la calidad de vida es una compleja amalgama de factores que comprende, entre otros aspectos, objetivos como los hábitos de alimentación, salud, independencia, movilidad, y cuestiones subjetivas como las estrategias cognitivas, la interpretación sobre un evento, la satisfacción con el mismo, entre otras, lo que representa una serie de dificultades en su estudio y aplicación. Sin embargo, es posible abordar la calidad de vida cuando se parte de una definición operativa. Así, para el presente trabajo, se entenderá calidad de vida bajo el marco cognitivo-conductual, considerando aspectos objetivos y subjetivos mediante los siguientes conceptos: sexual, familiar e interpersonal, cuidado y apariencia personal, áreas laboral, emotivo-afectiva, autoconcepto, nivel socioeconómico y académico, conceptos que son identificados como fundamentales en el proceso de afrontamiento de personas con enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas y la calidad de vida

La enfermedad para la Psicología es mucho más que un estado patológico de la persona, es una nueva condición a la cual tendrá que adaptarse de la mejor manera posible para mantener y/o mejorar su calidad de vida. De este modo, cuando se aborda el tema de las enfermedades crónicas se consideran variables como el tipo de enfermedad y tratamiento, tiempo de diagnóstico, nivel académico, clase social, autoconcepto, estado civil, ocupación, entre muchas otras, las cuales van a influir en la adaptación de las personas, generando una alta o baja calidad de vida.

Un tema poco explorado es la influencia del tipo de padecimiento y tiempo de diagnóstico sobre la calidad de vida del paciente, la cual cobra importancia al observar tanto médica como psicológicamente la evolución de la enfermedad y la propia interpretación del paciente sobre su padecimiento. Es decir, el paciente al ser informado de su enfermedad, deberá comenzar diferentes prácticas de salud para adherirse a tratamientos, modificando hábitos y aceptando una serie de cambios tanto orgánicos como sociales ante los cuales surgirá una apreciación subjetiva, que probablemente tendrá un impacto psicológico y sobre su calidad de vida.

Las enfermedades crónicas que padecen los pacientes de la presente investigación fueron identificadas como las más frecuentes dentro de las clínicas familiares del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), lo cual coincide con la literatura (Oparil, 1994; Figuerola, 1990; Barney, 1981; Harrison, 1991; Speed, 1988). Dichas enfermedades son: hipertensión esencial, diabetes mellitus tipo II, asma mixta y migraña común.

Un hecho importante es que dichos padecimientos poseen estrechos vínculos con factores psicológicos como el estrés y aspectos relacionados con estados subjetivos de los pacientes, como las emociones. Lo anterior permite considerar la calidad de vida como un parámetro de análisis del proceso de enfermedad de acuerdo con el tipo de padecimiento, tiempo de diagnóstico y variables como nivel académico,

ocupación, entre otras. Dado lo anterior, se establece la importancia que revisten temas como éste. Sin embargo, por lo menos en México, no hay evidencias concluyentes al respecto, por lo cual el objetivo de la presente investigación fue comparar la calidad de vida, de acuerdo con el tiempo de diagnóstico, en cuatro grupos de pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión esencial, diabetes mellitus de tipo I, asma mixta y migraña común).

Método

Sujetos

Participaron 80 pacientes adultos (40 mujeres y 40 hombres) con enfermedades crónicas: 20 hipertensos, 20 diabéticos, 20 asmáticos y 20 con migraña, los cuales se clasificaron en dos grupos: de diagnóstico reciente (menos de 1 mes) y diagnóstico posterior (de 6 meses a 1 año).

Variables

Las variables independientes consideradas en este estudio fueron de tipo cualitativo medidas en escala ordinal y nominal (grado académico, estado civil, tipo de padecimiento, ocupación) y cuantitativas (edad, tiempo de diagnóstico). La variable dependiente fue la calidad de vida medida en una escala de intervalos.

- *Edad*: adultos (30 - 60 años) y ancianos (mayores de 60 años)
- *Estado civil*: personas que viven solas y personas que viven con pareja.
- *Grado académico*: nivel primario (de 2 a 6 años de estudio) y bachillerato a profesional inconclusa (de 9 a 13 años de estudio).
- *Tipo de padecimiento crónico*: hipertensión esencial, diabetes de tipo II, asma mixta y migraña común.
- *Tiempo de diagnóstico*: reciente: menos de 1 mes y posterior: entre 6 y 12 meses.
- *Tipo de ocupación*: operativa (obreros, chofer, amas de casa) y técnica (oficinistas, secretarías, comerciantes).
- *Ambiente*. Salas de espera en tres clínicas familiares del servicio de salud pública en el área metropolitana, pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Instrumentos de evaluación. Se utilizó un instrumento con respuestas tipo Likert que evalúa Calidad de Vida elaborado por Ibanovich y Medina (1994) para población mexicana; consta de 86 ítems agrupados en las siguientes categorías: salud, sexual, familiar e interpersonal, cuidado y apariencia personal, áreas laboral, emotivo-afectiva, autoconcepto, nivel socioeconómico y académico, las cuales pueden alcanzar los siguientes valores:

Escala de Calidad de Vida

Puntuación	Nivel
109-217	baja
218-326	media
327-436	alta

Este instrumento proporciona algunas ventajas. La primera es que ha sido diseñado para población mexicana; la segunda, que puede emplearse para cualquier tipo de enfermedad crónica pues no se dirige a un padecimiento específico, tercera, pretende brindar una evaluación integral de la calidad de vida del paciente crónico lo cual se observa en su estructura, pues considera diversas áreas que abarcan los aspectos mas relevantes de salud de un ser humano; finalmente, este instrumento se aplicó a una muestra de 100 personas «sanas» y enfermas, donde se obtuvo, mediante el método ítem escala, una puntuación superior al 0,85. Por otra parte también fue valorado el poder discriminativo de cada ítem mediante la prueba de significancia χ^2 , ante lo cual se tuvo que el instrumento es capaz de discriminar a los grupos en un 70% de los ítems.

Procedimiento

ETAPA I

Trámites administrativos para el desarrollo de la investigación ante los directivos de tres clínicas del área metropolitana (zona aledaña al Distrito federal —D.F.—). Se solicitó apoyo a las trabajadoras sociales (quienes llevan el control de citas de pacientes con enfermedades crónicas y realizan sesiones informativas para mejorar su autocuidado y la adherencia terapéutica).

ETAPA II

Solicitud de la programación de citas médicas de los pacientes en su clínica respectiva y aplicación de los instrumentos en el tiempo de espera para recibir consulta.

ETAPA III

Procesamiento y análisis de los resultados.

Se calificaron los instrumentos y se aplicó la prueba paramétrica t de Student para identificar si existían diferencias significativas a causa del tiempo de diagnóstico, edad, ocupación (antigüedad en años), grado académico y estado civil en la calidad de vida de los pacientes.

Resultados

El primer paso para el análisis de los resultados fue la calificación del instrumento. Posteriormente se calculó la media de cada grupo y el grado obtenido,

según la escala, y la diferencia de medias entre los dos subgrupos (diagnóstico reciente —menos de un mes— y diagnóstico posterior —entre 6 meses y un año—). La significación de las diferencias se evaluó mediante la prueba t de Student, en las variables tiempo de diagnóstico, años de antigüedad y grado académico, pues en las demás variables no fue posible establecer categorías con frecuencias mayores a 5 para poder aplicar algún estadístico por ser grupos tan heterogéneos.

Como puede observarse en la tabla 1, el grupo de Hipertensos de diagnóstico reciente (menos de 1 mes) presenta una calidad de vida alta y los de diagnóstico posterior (entre 6 meses y un año) presentan una calidad de vida media, con una diferencia de medias de 86 (véase tabla 2). Para los pacientes diabéticos se tiene que los de diagnóstico reciente presentan una calidad de vida media y los de diagnóstico posterior baja, con una diferencia de medias de 81. En el caso de los pacientes asmáticos, se observó un incremento en la calidad de vida mostrando en diagnóstico reciente baja y en diagnóstico posterior media, con una diferencia de medias de /-63/ (véase tablas 1 y 2).

A diferencia de los grupos anteriores, los pacientes con migraña obtuvieron una calidad de vida alta en los dos grupos, mostrando una diferencia mínima de /-29/ puntos (véase tablas 1 y 2).

La aplicación de la prueba t mostró diferencias significativas en la calidad de vida para cada uno de los padecimientos en la variable tiempo de diagnóstico entre los grupos 1, diagnóstico reciente menos de un mes y 2 diagnóstico posterior entre seis meses y un año, obteniéndose para los hipertensos ($t= 0,199467$, $p < 0,05$), diabéticos ($t= 0,002$, $p < 0,01$), asmáticos ($t= 0,26725$, $p < 0,05$) y pacientes con migraña ($t= 0,00137$, $p < 0,01$), (véase tabla 3).

Respecto a la calidad de vida en función del grado académico las diferencias también fueron significativas para cada uno de los padecimientos, al comparar el grupo 1, nivel primario de dos a seis años de estudio y el grupo 2, nivel bachillerato a profesional trunca de nueve a trece años de estudio, obteniéndose para los

Tabla 1

Puntuación promedio y grado obtenido en la escala de calidad de vida.

Padecimiento	Grupo	Puntuación media	Calidad de vida
<i>Hipertensos</i>	1 Reciente *	357	Alta
	2 Posterior**	271,3	Media
<i>Diabéticos</i>	1 Reciente *	265	Media
	2 Posterior**	183,9	Baja
<i>Asma</i>	1 Reciente *	182,5	Baja
	2 Posterior**	246	Media
<i>Migraña</i>	1 Reciente*	356,9	Alta
	2 Posterior**	386	Alta

* Grupo 1: Diagnóstico reciente menos de 1 mes.

** Grupo 2: Diagnóstico posterior entre 6 y 12 meses.

Tabla 2

Diferencia de medias correspondiente a los 4 grupos de pacientes crónicos.

	Media de la calidad de vida en los cuatro grupos de pacientes											
	<i>Hipertensos diagnosticados</i>			<i>Diabéticos diagnosticados</i>			<i>Asmáticos diagnosticados</i>			<i>Migraña diagnosticados</i>		
	Grupo 1*	Grupo 2**		Grupo 1*	Grupo 2**		Grupo 1*	Grupo 2**		Grupo 1*	Grupo 2**	
Dirección de X1 ≠ X2	357,8	>	271,3	265	>	183,9	182,5	<	246	356,9	<	386
Diferencia de medias	86			81			/-63,5/			/-29/		

* Grupo 1: Diagnóstico reciente menos de 1 mes.

** Grupo 2: Diagnóstico posterior entre 6 y 12 meses.

Tabla 3

Valores críticos de la prueba t de Student en la variable tiempo de diagnóstico.

Tiempo de diagnóstico				
Padecimiento	n	t	X ₁	X ₂
<i>Hipertensión</i>	20	0,199467*	357,8	271,3
<i>Diabetes</i>	20	0,002**	265	183,9
<i>Asma</i>	20	0,26725*	182,5	246
<i>Migraña</i>	20	0,00137**	356,9	386

*p < 0,05; ** p < 0,01

X₁ Media del grupo uno: tiempo de diagnóstico reciente.X₂ Media del grupo dos: tiempo de diagnóstico posterior.

hipertensos ($t=0,6453624$, $p < 0,05$), diabéticos ($t=0,4121697$, $p < 0,05$), asmáticos ($t=0,0003253$, $p < 0,01$) y pacientes con migraña ($t= 0,1903374$, $p < 0,01$) (véase tabla 4).

De igual manera, para la variable tiempo de antigüedad en el trabajo se identifican diferencias significativas en la calidad de vida al comparar los grupos 1, antigüedad menor a 10 años y grupo 2 antigüedad mayor a 10 años, obteniéndose para los hipertensos ($t= 0,136979592$, $p < 0,01$), diabéticos ($t = 0,018009653$, $p < 0,01$), asmáticos ($t= 0,038691009$, $p < 0,01$) y pacientes con migraña ($t= 0,490675433$, $p < 0,05$), (véase tabla 5).

Conclusión

A partir del análisis de resultados se observó que, para la hipertensión y diabetes, conforme va pasando el tiempo la calidad de vida del paciente va disminuyendo, lo cual se atribuye al deterioro orgánico visible que las enfermedades van causando y, además, a la estrecha asociación con consecuencias negativas (por ejemplo, la hiper-

Tabla 4

Valores de la prueba t de Student en la variable grado académico.

Grado académico (por años de estudio)				
Padecimiento	n	t	X ₁	X ₂
<i>Hipertensión</i>	20	0,6453624*	319	364
<i>Diabetes</i>	20	0,4121697*	184,5	266
<i>Asma</i>	20	0,0003253**	183,5	251
<i>Migraña</i>	20	0,1903374**	338	361

*p < 0,05; ** p < 0,01

X₁ Media del grupo uno: de 2 a 6 años de estudio.X₂ Media del grupo dos: de 9 a 13 años de estudio.**Tabla 5**

Valores de la prueba t de Student en la variable ocupación.

Ocupación				
Padecimiento	n	t	X ₁	X ₂
<i>Hipertensión</i>	20	0,136979592**	363	271
<i>Diabetes</i>	20	0,018009653**	260	183
<i>Asma</i>	20	0,038691009**	285	250
<i>Migraña</i>	20	0,490675433*	356	247

*p < 0,05; ** p < 0,01

X₁ Media del grupo uno: ocupación técnica.X₂ Media del grupo dos: ocupación operativa.

tensión con infarto de miocardio y la diabetes con deterioro físico, pérdidas sensoriales y muerte). Por lo anterior, el control de la enfermedad para estos pacientes es inferior a los pacientes con asma y migraña, quienes a pesar de tener crisis graves, perciben su enfermedad como un evento controlable y menos grave en relación también con lo espaciado de las crisis. En consecuencia se observa que los pacientes asmáticos y con migraña tienen una calidad de vida más alta que los hipertensos y diabéticos.

En esta muestra, los pacientes con migraña fueron los que presentaron una calidad de vida superior (en las dos condiciones de diagnóstico) respecto a los otros padecimientos; también en el caso de los pacientes con asma la calidad de vida tiende a incrementar con el tiempo a pesar de no existir una adherencia estricta al tratamiento.

En el grupo de pacientes asmáticos con diagnóstico reciente, la baja calidad de vida tiende a incrementarse. Incluso ellos mismos informaron que, aun no pudiendo controlar el ambiente (exposición a diversos factores de riesgo como contaminación, convivencia con fumadores, polvo, etcétera), existen diversos medicamentos paliati-

vos que les ayudan a eliminar sus efectos, disminuyendo la probabilidad de generar crisis. Igualmente, los pacientes con migraña argumentaron los beneficios de los analgésicos.

En relación con las variables manejadas, es importante observar que para esta muestra fueron significativas: el tipo de enfermedad, el tiempo de diagnóstico, el grado académico y la ocupación (años de antigüedad). En cuanto al tiempo de diagnóstico y la calidad de vida son variables que se tornan medulares en la atención del enfermo crónico, la calidad de vida nos da indicadores precisos para orientar la intervención en el mantenimiento óptimo del paciente, y el tiempo de diagnóstico, resulta una condición primordial para comprender el proceso de adaptación del paciente a esta nueva condición de vida, y ambas resultan ser variables angulares en relación con el control de la enfermedad, la adherencia terapéutica y evidentemente con el tipo de padecimiento.

Sobre el tipo de padecimiento es claro que cada uno —desde el diagnóstico hasta la muerte—, impone un reto a los pacientes tanto de manera física como psicológica, debido a que en cada parte del proceso se manifiestan síntomas o consecuencias del tratamiento que representan pérdidas para el paciente. Éstas serán interpretadas mediante sus estrategias de afrontamiento, las cuales varían en aspectos como el grado académico y la ocupación, pues son actividades de la vida de los pacientes que les dan elementos para potenciar o impedir la comprensión del proceso mórbido. En este sentido, en la investigación habrán de buscarse generalidades y particularidades que permitan conocer más a fondo el proceso de adaptación de los pacientes a un proceso mórbido específico, lo cual sólo puede lograrse con más investigación de este corte, que se deberá ver reflejada en la implementación de programas de intervención.

Un hallazgo sobresaliente es que ni el género ni el estado civil presentan una diferencia estadística significativa, contrario a lo establecido en la literatura. Sin embargo, mediante los datos obtenidos en la entrevista, se tiene que los pacientes varones muestran considerables deficiencias en el área emotivo-afectiva en comparación con las mujeres, ya que los varones, en su mayoría, para justificar sus inasistencias, argumentan no necesitar tratamiento, sólo la autoadministración de medicamentos y/o paliativos. Y al explorar su relación familiar niegan necesitar el apoyo de sus parejas a diferencia de las mujeres. Lo anterior parece estar asociado con la adherencia terapéutica, pues las mujeres suelen ser más constantes en sus citas clínicas y a presentar mayor adherencia al tratamiento y a las indicaciones del equipo médico.

Llama la atención el hecho que los datos obtenidos mediante la entrevista a los participantes se corroboraron mediante las afirmaciones de la trabajadora social, lo cual conduce a la necesidad de someter el instrumento a pruebas de validez de criterio, ya que el instrumento no informa de diferencias significativas. De este modo, para futuras investigaciones se sugiere emplear una muestra mayor, modificando el instrumento e incluyendo áreas como adaptación a la enfermedad, control sobre la enfermedad, satisfacción con los logros terapéuticos así como adherencia terapéutica y el autoconcepto (este último como un agente que puede modular la adherencia terapéutica motivada por la evitación de efectos visibles de la enfermedad, pérdidas sensoriales o físicas).

Referencias

- Aguado R. J. (1996). Calidad de vida en el trabajo. *Desarrollo organizacional*. <http://spin.com.mx/~rjaguado/vidat.htm>.
- Barney, A. A. (1981). Behavioral Approaches in the treatment of bronquial Asthma. En C. Prokop (dir.), *Medical psychology, contributions to behavioral medicine*, (pp. 107 - 145). Nueva York: Academic Press.
- D'Ancona, C. A., Botega, N.J., De-Moraes, C., Lavoura, N. S. Jr., Santos, J. K. y Rodríguez Netto, N. Jr. (1997). Quality of life after partial penectomy for penile carcinoma. *Urology*, 50, 593-600.
- Figuerola, D. (1990). *Diabetes mellitus. Guía para su conocimiento y control* (2ª edición). México: Salvat.
- Grau, A. J. (1996). Calidad de vida: problemas en su investigación. Documento presentado en el marco de la Conferencia Iberoamericana de Psicología de la Salud. UNAM, México, D.F.
- Harrison, P. (1991). *Principios de medicina interna*. México: Interamericana/Mc Graw - Hill.
- Ibanovich, H. G. y Medina, C. A. (1994). Instrumento de evaluación de Calidad de vida de pacientes con alguna enfermedad crónica. Tesis ENEP Iztacala, UNAM, México.
- Kaplan, R. M. (1985). Quality of life measurement. En P. Karoly (dir.), *Measurement strategies in health psychology* (pp. 326-341). Nueva York: Wiley.
- Márquez, M., Fernández, L., Tejero, C., Gallego, J. C., Sánchez V. y Baca, E. (1998). Psicopatología y calidad de vida en pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable. *Monocardio*. No. 50. <http://www.castellana.castellanacardio.es/m50/page2b13.htm>.
- Oparil, S. (1994). Hipertensión arterial. En B. Cecil. (dir) *Tratado de medicina interna*, vol 1 (pp. 290-309) México: Interamericana/Mc Graw - Hill. (Orig. 1975).
- Speed, G. W. y Moses H. (1988). Cefalalgia. En G. Harvey (dir), *Tratado de medicina interna*, vol. 6 (pp. 1254-1263) México: Interamericana/Mc Graw-Hill. (Orig.1967).
- Turk, D. C. y Kerns, R. D. (1985). Assessment in health psychology: a cognitive-behavioral perspective. En P. Karoly (dir.), *Measurement strategies in health psychology* (pp. 355-372). Nueva York: Wiley.