

Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos

Quality of Life characteristics in chronic and acute patients

Recibido: noviembre de 2008.

Aceptado: mayo de 2009.

Angélica Riveros

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Carlos G. Castro

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Héctor, Lara-Tapia

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, México

Correspondencia: Angélica Riveros, Av. Universidad 2014, Ed. Colombia, Depto.602, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, C.P. 04350, México, D.F. E-mail: arotge@yahoo.com.mx. Carlos G. Castro, Sor Juana I. de la Cruz 140, Ed. Conkal, Depto. 202, Col. Miguel Hidalgo, Tlalpan, CP. 14410. México D.F. E-mail: flacoise@yahoo.com.mx y flacoise@gmail.com

Agradecimiento: Los autores agradecen al Dr. Juan José Sánchez-Sosa, su inestimable apoyo durante la realización y revisión de este trabajo, así como a Héctor Velázquez Jurado y Brenda Emilia Fuentes Cerda, sus valiosos comentarios a una versión preliminar. También agradecen especialmente al doctor Héctor Lara Tapia su invaluable apoyo para el contacto con los pacientes en el Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE. Así como al amable personal y usuarios de la Clínica 19 del IMSS, y participantes en general. Este trabajo no habría sido posible sin el financiamiento del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica, PAPIIT, UNAM IN-312002, e IN-309705.

Resumen

La calidad de vida ha sido objeto de investigación en padecimientos crónicos, sin embargo no se considera por sí mismo el efecto de perder la salud, especialmente en el contexto de los padecimientos agudos. En Latinoamérica continúan siendo frecuentes, recurrentes y contribuyen de manera importante a las tasas de mortalidad. En el presente estudio se abordaron las diferencias en calidad de vida a partir de la condición crónica o aguda del padecimiento. Se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) que incluye áreas poco consideradas en la literatura como la interacción médico-paciente. Respondieron el inventario un total de 449 participantes divididos en tres grupos: enfermos crónicos, agudos y

Abstract

Quality of Life (QOL) has been a research subject in chronic diseases mainly. However, research on health loss is relatively scarce, especially in the realm of acute diseases, those in Latin American are frequent, recurrent, and increases notably the mortality burden. The present study evaluated the QOL differences by disease duration. Health Inventory (INCAVISA for its initials in Spanish) was used, including some variables unattended at literature as patient-physician interaction. A total of 449 participants separated 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,

aparentemente sanos, como grupo de contraste. Los resultados revelaron propiedades psicométricas sólidas en el inventario y diferencias en Calidad de Vida entre los tres grupos, destacando las áreas relativas a la interacción con el médico, y preocupaciones. Se concluye que hay un efecto diferencial por la condición, en el que los padecimientos curables también impactan la calidad de vida.

Palabras clave: hospitales, medida, salud, calidad de vida, ex post facto.

La calidad de vida (CV) es un constructo relativamente nuevo, comienza a aparecer en las bases de datos especializadas en 1969, y desde entonces ha recibido atención creciente por tratarse de un concepto que engloba varios aspectos del bienestar. Esto ha llevado a su adopción como indicador para disciplinas tan diversas como la economía, la política, la psicología y la medicina. (Fernández-Ballesteros, 1997). La CV desde el campo de la psicología, es un concepto que se refiere a la percepción del sujeto de situaciones cotidianas, donde la salud se ha tornado en una variable que afecta y aglutina a otros componentes como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc. (Moreno & Ximénez, 1996).

Sin embargo aún no existe un consenso establecido sobre sus componentes, en parte, debido a que se utiliza como medida en ámbitos tan diversos como: el bienestar global de una población; el desarrollo económico y social; el impacto de circunstancias como la pérdida de la salud; y el impacto de diferentes intervenciones, incluyendo las farmacológicas. Así, dependiendo del contexto, se compone por variables objetivas, subjetivas y de la evaluación del individuo en un proceso de comparación en el que los criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades (Sánchez Sosa & González-Celis, 2006).

Se reconocen como variables objetivas y socio-ambientales aspectos como: la calidad del medio ambiente, disponibilidad de servicios públicos, el ingreso mensual y la posesión de bienes. De entre las subjetivas y personales, se consideran: la percepción de salud, el involucramiento en actividades recreativas, la satisfacción general con la vida, la interacción social y las habilidades

specially patient-physician relationship related and concerns. Conclusions point out that exist a differential effect by condition and recoverable diseases also has an impact on QOL.

Key words: hospitals, measurement, health, quality of life, ex post facto.

funcionales (Fernández-Ballesteros, 1997; World Health Organization, WHO, 2002). En general, se considera que las objetivas son especialmente útiles para obtener una evaluación de la CV en poblaciones generales, tal y como sería relevante para aspectos políticos y sociales. Mientras que las subjetivas permiten evaluar el impacto de situaciones específicas y de intervenciones en salud (Velarde-Jurado & Ávila Figueroa, 2002).

De acuerdo con algunos teóricos e investigadores, el componente esencial y determinante para evaluar la CV es la percepción subjetiva de cada persona (Schwartzmann, 2003). Estudios que exploraron la congruencia entre la evaluación de calidad de vida que puede hacer el médico tratante con la percibida por el paciente en casos de cáncer, encontraron que la correlación entre la evaluación del médico y del paciente fue baja. Los autores concluyen que los médicos no determinan con precisión la forma en que se sienten sus pacientes, y que las evaluaciones relativas a la calidad de vida deben ser hechas por los pacientes y no por el personal de salud (Stevin, Plant, Lynch, Drinkwater & Gregory, 1988). Así, 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, a la satisfacción que obtiene en su propia vida, o la percepción de funcionalidad con respecto a sus actividades diarias (Fernández-Ballesteros, 1997).

En la percepción subjetiva se sugiere cautela, ya que un individuo puede exhibir una distorsión sobre su CV general en función de sus emociones, también las

circunstancias de vida pueden tener un efecto al momento de la medición. De este modo, la CV puede aparecer mejor o peor, por los resultados positivos o negativos de algún suceso reciente (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

Las escalas de calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS) incluyen aspectos generales que suelen afectarse ante su pérdida, como las funciones físicas, interacciones sociales y síntomas. Miden aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba el grado de bienestar o malestar que posee al respecto de su vida y su salud. El énfasis se hace sobre dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, que serían las afectadas por un proceso de enfermedad. No incluyen aspectos específicos de ésta como el ambiente hospitalario y las relaciones del paciente con el equipo de salud (Cramer & Spilker, 1998).

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

Algunos de los instrumentos en castellano más ampliamente utilizados en la medición de la CVRS han sido traducciones de escalas elaboradas en países con condiciones de desarrollo muy distintas a las de América Latina, el Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos, PECVEC, versión en español de Fernández, Rancano y Hernández (1999), fue adaptado de la escala alemana original e incluye las áreas de: Capacidad física, Función psicológica, Estado de ánimo positivo y negativo, Funcionamiento y Bienestar social. El SF-36 fue traducido al español por Alonso, Prieto y Antó (1995) de la escala norteamericana original y agrupa sus áreas en un componente físico (Función física, Rol físico, Dolor corporal, y Salud general) y un componente mental (Salud mental, Rol emocional, Función social, y Vitalidad). Las láminas de Coop-Wonca desarrolladas en E.U. fueron traducidas por Lizán y Reig (1999) e incluyen las áreas de Forma física, Sentimientos, Actividades cotidianas, Actividades sociales, Estado de salud, Cambios en el estado de salud, y Dolor, todas evaluadas con un reactivo

único con viñetas. El perfil de Salud de Nottingham adaptado por Alonso, Antó y Moreno (1990) es una escala de reactivos principalmente dicotómicos que componen las dimensiones de energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social, y movilidad.

Los instrumentos existentes no suelen considerar las áreas relacionadas con la familia, las intervenciones médicas y la percepción del impacto que éstas tienen sobre la CV del paciente, mismas, que afectan a otros elementos básicos en el mantenimiento de la salud como la adhesión terapéutica al tratamiento (Sánchez-Sosa, 2002a). Por otra parte, la literatura de investigación prácticamente no contiene comparaciones entre los perfiles de escalas diseñadas para evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) entre quienes sufren enfermedades crónicas y padecimientos agudos, éstos últimos también verían afectada su CVRS y se sabe muy poco acerca de dicho proceso y de la sensibilidad de las escalas para detectar diferencias por el tipo de condición o afectación a la salud. En los países latinoamericanos las condiciones de transición epidemiológica apuntan a la atención de estos elementos debido a la polarización en la estructura de las causas de muerte, en las que la contribución relativa de las condiciones crónicas es tan importante como la de las enfermedades infecciosas o transmisibles (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2000).

Búsquedas en las principales bases electrónicas de datos (MEDLINE y PsycINFO) no arrojaron artículos al respecto. 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 intervenciones médicas en terapia intensiva.

Es en esta carencia de información donde reside la importancia de evaluar con un instrumento que considere elementos relacionados con el tratamiento médico en el contexto cultural latinoamericano y permita evaluar el impacto de la pérdida de la salud también ante condiciones agudas.

Así, la perspectiva del presente trabajo, busca la evaluación de la CVRS desde un instrumento que contemple y abarque aspectos de generalidad y especificidad suficientes como para evaluar el impacto de la pérdida de salud bajo cualquier condición, incorporando la percepción del paciente sobre la relación

con los equipos médicos y las intervenciones clínicas. El objetivo fue examinar las diferencias probables de CV entre los grupos: sanos, y enfermos crónicos y agudos, así como establecer qué áreas del inventario son más proclives a brindar información sobre tales diferencias.

Método

Participantes

Se aplicó el Inventario de Calidad de Vida y Salud, InCaViSa (Riveros, Sánchez-Sosa & Del Águila, 2009) a 424 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 cuyos padecimientos eran recuperables en un periodo inferior a tres meses (principalmente se refirieron: infecciones en la garganta incluyendo gripa y tos, malestar estomacal, diarrea, abscesos en ojos y piel, salpullido, esguinces, contracturas, e infección en vías urinarias), 2) pacientes crónicos (quienes refirieron principalmente diabetes, hipertensión, cáncer, asma, artritis, faringitis crónica, desgaste de articulaciones, insuficiencia renal, con periodos de afectación de entre 6 meses y 35 años) y 3) sujetos sanos. Se eliminaron 20 casos que refirieron embarazo y padecimientos psicológicos como depresión, «nervios», ansiedad y adicciones (ver tabla 1). Los participantes aceptaron de manera voluntaria responder las escalas del estudio sin remuneración monetaria y con garantía de confidencialidad y anonimato; reiterando que no habría ninguna consecuencia como usuarios de ningún servicio de salud, ni manera de identificarlos, excepto para propósitos de seguimiento en los participantes que accedieron a contestar el inventario una segunda ocasión.

Tabla 1.
Características socio-demográficas de los grupos

Género(frec. %), Edad (Media y DS)	Escolaridad frecuencia (%)	Ocupación frecuencia (%)	Salario Media (DS)	Padecimientos más frecuentes
Agudos, enfermedades con proceso de recuperación < tres meses (N = 129)				
♂: 57 (44.5%) ♀: 71 (55.5%) Edad media: 30.83 DS: 10.04	Primaria: 11 (8.6%) Secundaria: 27 (21.1%) Estudios Comer: 13 (10.2%) Preparatoria: 55 (43%) Estudios Superiores: 22 (17.2%)	Empleados: 81 (66.4%) Amas de Casa: 11 (9.0%) Autoempleados: 12 (9.8%) Estudiantes: 12 (9.8%) Profesionistas: 6 (4.9%)	\$5488.03 (\$5125.28)	Infecciones en la garganta: gripa y tos, malestar estomacal, diarrea, abscesos en ojos y piel, salpullido, esguinces, contracturas, e infección en vías urinarias.
Crónicos, con periodos de afectación de entre seis meses y 35 años (N = 172)				
♂: 52 (30.2%) ♀: 120 (69.8%) Edad media: 48.22 DS: 15.55	Sin Estudios: 3 (1.8 %) Primaria: 42 (24.6%) Secundaria: 35 (20.4%) Estudios Comer: 32 (18.7%) Preparatoria: 33 (19.3%) Estudios Superiores: 26 (15.2%)	Empleados: 59 (36.2%) Amas de Casa: 61 (37.4%) Retirados: 10 (6.1%) Autoempleados: 17 (10.4%) Estudiantes: 5 (3.1%) Profesionistas: 10 (6.1%)	\$4784.23 (\$3938.87)	Diabetes, hipertensión, cáncer, asma, artritis, faringitis crónica, desgaste de articulaciones, insuficiencia renal
Sanos (N = 114)				
♂: 50 (43%) ♀: 64 (56.1%) Edad media: 32.28 DS: 12.75	Primaria: 9 (7.9%) Secundaria: 17 (14.9%) Estudios Comer: 11 (9.6%) Preparatoria: 33 (28.9%) Estudios Superiores: 44 (38.6%)	Empleados: 34 (31.2%) Amas de Casa: 13 (11.9%) Retirados: 1 (0.9%) Autoempleados: 19 (17.4%) Estudiantes: 26 (23.9%) Profesionistas: 16 (14.7%)	\$8220.78 (\$6681.03)	
Comparten Vivienda (frecuencia y %): Agudos: 118 (93%); Crónicos: 159 (92.4%) y Sanos: 105 (92.1%)				

Diseño

Los grupos se conformaron por *autoselección para grupos comparativos* (Kerlinger & Lee, 2002). Se trata de un estudio ex post-facto, ya que la condición de salud estaba determinada y por lo tanto no fue manipulada (Montero & León, 2005).

El grupo de participantes 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, y longitudinales en los 124 casos que accedieron a una segunda aplicación del inventario al menos 1 mes después de la inicial con fines de seguimiento o test-retest.

Procedimiento e instrumentos

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), b) una clínica de atención primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social para trabajadores del sector privado (IMSS), c) en dos escuelas primarias y d) a transeúntes y trabajadores en dos delegaciones del sur de la Ciudad de México. La mayoría de los participantes enfermos fueron recolectados cuando acudían a consulta médica, por lo que contaban con un diagnóstico médico formal.

Se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), lápiz, goma y un formato de consentimiento informado. El inventario consta de 53 reactivos de opción múltiple (escala de tipo Likert) 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%). 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, y una escala visual análoga de Bienestar y Salud. Cuenta con una sección de cuatro reactivos dedicados a comentarios generales como: tipo de padecimiento o ausencia de, y dos preguntas sobre hechos recientes, ya sean estresores cotidianos (disgustos, problemas de salud, etc.) o mayores (muerte de alguien

cercano, separación, etc.) ocurridas en la última semana o seis meses en el caso de los mayores. También contiene una hoja de datos generales de carácter socioeconómico y espacio para cualquier comentario general. El instrumento es el resultado de estudios previos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006) que incluyeron establecimiento de su validez por doce jueces expertos en el área, discriminabilidad de los ítems entre valores altos y bajos de la dimensión, dos procesos de refinamiento y construcción de nuevos ítems para la conformación de áreas considerando la impresión clínica de pacientes, del personal de salud, y de psicólogos con experiencia en el manejo de condiciones crónicas. Se realizaron series de análisis factoriales con los diferentes reactivos hasta lograr la mejor composición con el menor número de reactivos posible por área. Su estructura y composición en términos de factores arrojó doce áreas con cuatro reactivos cada una, que explicaron el 68.76% de la varianza con rotación varimax. Finalmente se estableció su validez concurrente con el WHO-QoL Bref en su versión adaptada para México (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003). La consistencia interna de cada área se estableció con el coeficiente alfa de Cronbach; todas las áreas mostraron adecuada consistencia interna, los coeficientes alfa oscilaron entre. (α :.6831 y α :.9337) (ver Tabla 2).

La estabilidad temporal del instrumento se estableció mediante un test-retest, al menos un mes después de la primera aplicación, con los participantes con padecimientos crónicos ($n=50$) y sujetos sanos ($n=50$), ya que es en ellos en quienes no se esperaría una modificación importante en calidad de vida atribuible a su estado de salud. Se utilizó el coeficiente Rho de Spearman. En este análisis se encontraron correlaciones altas entre la primera y la segunda aplicación del instrumento en las dos condiciones. En el grupo de crónicos los valores de correlación oscilaron entre moderados y altos en todas las áreas ($r=.381$ y $.836$, $p<.01$). El resto de las correlaciones en el grupo de participantes sanos fueron menos consistentes, oscilando entre ($r=.272$ y $r=.684$, resultando sólo no significativa en el área de preocupaciones ($p=.056$). Estos resultados son esperables ya que el instrumento mide aspectos relacionados con su percepción subjetiva en los últimos quince días y es sensible a situaciones estresantes recientes. Al parecer, la situación de «enfermedad» hace homogéneo el tipo de preocupaciones, ya que esta misma área mostró un coeficiente significativo alto entre los pacientes crónicos ($r=.584$, $p<.000$).

Tabla 2.
Composición por área del Inventario de Calidad de Vida y Salud, InCaViSa

ÁREA	Espécimen de Ítem	ALFA
VIDA COTIDIANA:	<i>Desde que enfermé mi vida se ha vuelto difícil</i>	α .9337
FAMILIA:	<i>El amor de mi familia es lo mejor que tengo</i>	α .8995
FUNCIONES COGNITIVAS:	<i>Tengo problemas con mi memoria</i>	α .8779
TIEMPO LIBRE:	<i>Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales</i>	α .8743
PERCEPCIÓN CORPORAL:	<i>Me da pena mi cuerpo</i>	α .8474
PREOCUPACIONES:	<i>Me preocupa necesitar ayuda con los gastos de mi enfermedad</i>	α .8392
DESEMPEÑO FÍSICO:	<i>Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas</i>	α .8238
REDES SOCIALES:	<i>Cuando las cosas salen mal, hay alguien que puede ayudar</i>	α .8174
DEPENDENCIA MÉDICA:	<i>Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor</i>	α .8101
AISLAMIENTO:	<i>Me siento solo, aun en compañía de otros</i>	α .7985
RELACIÓN CON EL MÉDICO:	<i>Me gusta hablar con el médico de mi enfermedad</i>	α .7586
ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO:	<i>Me fastidia tomar tantas medicinas</i>	α .6831

Resultados

A fin de observar las diferencias en CVRS entre cada uno de los grupos, enfermos crónicos, agudos, y sujetos sanos, se realizaron análisis univariados y multivariados. Debido a que el tamaño de los grupos era distinto y a fin de no perder información en variabilidad por el

uso de medias, se presentan los resultados generales como porcentaje acumulado de frecuencias de la evaluación en calidad de vida de cada uno de los grupos. El 100% corresponde al máximo posible que mide la escala en el grupo. La Figura 1 muestra las áreas que tienen dirección positiva, a mayor puntaje mejor calidad de vida.

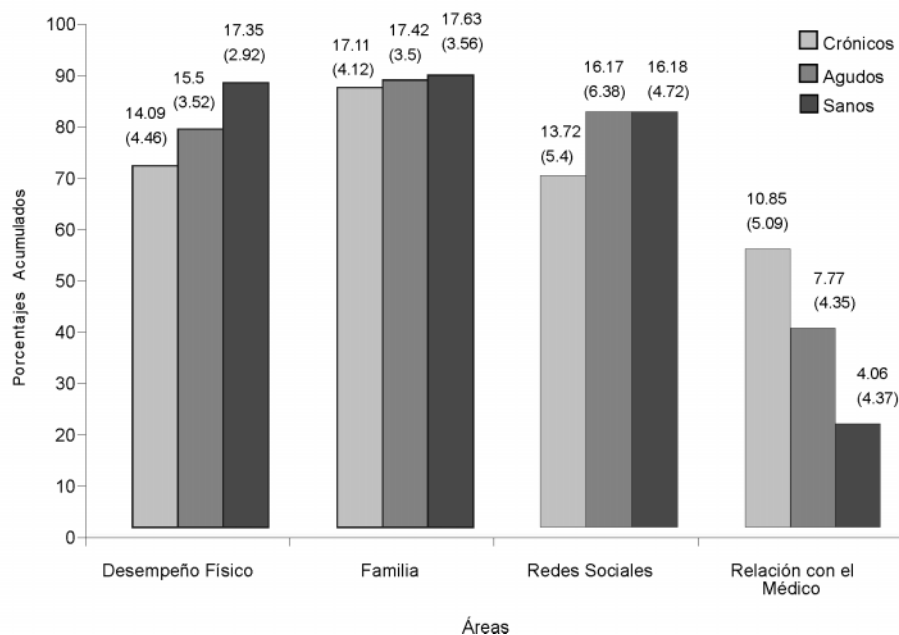


Figura 1. Comparaciones en CVRS entre los tres grupos. Se muestran en la parte superior de cada barra los valores de las medias aritméticas y (desviación estándar).

En la mayoría de las áreas los pacientes crónicos exhibieron menor CV seguidos por los agudos y finalmente por los sanos, esta tendencia se observó para todas las áreas excepto *Relación con el Médico*, en la que fueron los crónicos los que presentaron una mejor relación en comparación con los otros dos 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 en CV, entre mayor puntuación (porcentaje acumulado), mayor deterioro (Figura 2).

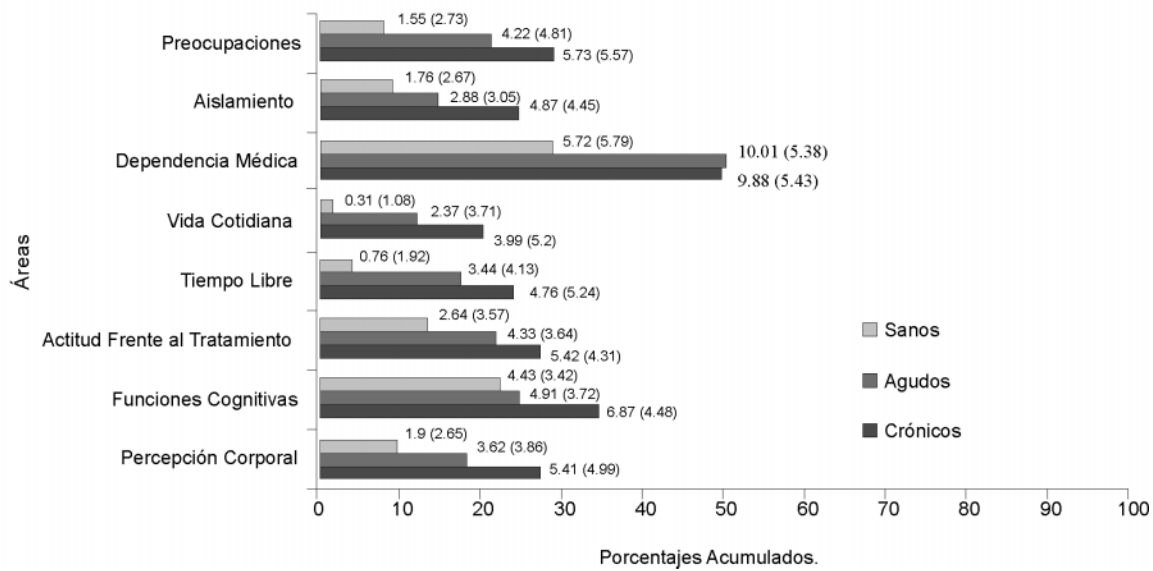


Figura 2. Comparaciones en deterioro en CVRS entre los tres grupos. Se muestran en el extremo derecho de cada barra los valores de las medias aritméticas y (desviación estándar).

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, fue también en esta área que los participantes sanos mostraron su mayor nivel de deterioro.

Para los análisis de varianza y de función discriminante, se detectaron todos los valores atípicos univariados (posición en la distribución) y multivariados (distancia Mahalanobis). Aquellos que se alejaban en menos de una desviación estándar de la distribución fueron recodificados (Tabachnick & Fidell, 1989) a fin de conservar su valor extremo en el grupo total sin que sesgue espuriamente los resultados. De manera similar, se detectaron y eliminaron del análisis aquellos casos con valores extremos multivariados, es decir, los sujetos cuyos valores obtenidos en múltiples variables los alejaron de

sus distribuciones grupales (centroides) significativamente. Con este procedimiento fueron eliminados 14 casos del grupo de crónicos, 32 del grupo de sanos y 19 del grupo de agudos, previamente se realizaron una serie de análisis con pruebas t, a fin de comprobar que los datos eliminados no tuvieran características sociodemográficas que los señalaran como un grupo distinto al resto, sin que se encontraran diferencias significativas en ninguna variable. También se realizó un análisis de colinealidad y multicolinealidad entre las variables del modelo que arrojó valores de tolerancia que oscilaron entre (.256 y 758), e índices de proporción de varianza inferiores a .75, que se consideran adecuados para su manejo en análisis multivariados (Tabachnick & Fidell, 1989).

La tabla 3 presenta los resultados del ANOVA, en la primera columna el área, de la segunda a la cuarta columna están las medias de los grupos, en la quinta se presenta la magnitud del efecto por el porcentaje de varianza explicada (eta cuadrada) y en las últimas el valor de *F* y su probabilidad asociada.

Tabla 3.
Diferencia en las medias aritméticas entre los grupos (ANOVA, n=350)

Áreas	Medias			% de varianza explicada (ζ^2)	F	P asociada
	Crónicos (n=158)	Agudos (n=110)	Sanos (n=82)			
				gl (EG) = 2 (DG)= 347		
Relación con el Médico.**	11.03	7.62	3.64	29.1 %	71.36	.000
Tiempo Libre.**	4.49	2.98	0.12	15.6 %	32.09	.000
Preocupaciones.**	5.64	4.02	0.76	15.3 %	31.35	.000
Desempeño Físico.**	14.13	15.40	17.95	14.6 %	29.60	.000
Vida Cotidiana.**	3.69	1.91	0.00	14.2 %	28.73	.000
Percepción Corporal.**	5.31	3.40	1.30	13.9 %	28.05	.000
Aislamiento.**	4.56	2.67	1.28	13.1 %	26.21	.000
Actitud Frente a Tratamiento.**	5.51	4.30	2.04	11 %	21.54	.000
Dependencia Médica.**	9.92	9.62	5.79	8.4 %	16.06	.000
Funciones Cognitivas.**	6.67	4.86	3.98	7.8 %	14.83	.000
Redes Sociales.**	14.15	15.80	16.84	5.2 %	9.64	.000
Familia.	17.70	17.53	18.07	0.4 %	0.722	.487

** $p < .01$

Los resultados omnibus se presentan en orden de magnitud por el valor de F , excepto para el área de *Familia*, hubo diferencias intergrupales estadísticamente significativas en todas las áreas. En éstas, las diferencias más notables se dieron en el área de *Relación con el Médico* y las menores en *Redes Sociales*. Los participantes con padecimientos crónicos tuvieron mayor edad que los sanos y agudos, por lo cual se replicó el ANOVA controlando la edad, sin que se observaran diferencias en los resultados. En el caso del área de *Familia*, si bien pocos individuos respondieron de manera negativa al respecto, los tres grupos utilizaron toda la gama de respuestas, 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”.

Debido a que el número de participantes en cada grupo fue desigual, y a que la prueba de Levene arrojó que las varianzas son significativamente distintas en diez de las doce áreas, se computó la prueba post hoc de

Games-Howell (ver tabla 4), que es la más conservadora de las pruebas cuando no hay homocedasticidad (Universidad de Cádiz, 2002). Las áreas: *Percepción Corporal*, *Funciones Cognitivas*, *Actitud ante el Tratamiento*, *Tiempo libre* y *Vida cotidiana*, se invirtieron para mantener la misma dirección en calidad de vida del resto de la escala, a mayor puntuación, mejor calidad de vida. Las áreas con connotación negativa: *Preocupaciones*, *Aislamiento* y *Dependencia Médica*, se mantuvieron igual por referirse a aspectos de deterioro, a mayor puntuación, mayor deterioro.

En la tabla 4, la diferencia de medias se refiere a la sustracción de la media del primer grupo menos la del segundo, de tal forma que el signo indica la dirección de las diferencias.

La mayoría de las áreas mostraron diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos, excepto el área de *Familia* como era de esperarse, y en las comparaciones

de: agudos-crónicos en *Dependencia Médica*; y sanos-agudos en las áreas de *Funciones Cognitivas* y *Redes Sociales*. Los signos indican la dirección esperable, en las variables de interacción

médica, los crónicos tuvieron las medias más altas, y los sanos en las áreas que implican bienestar físico e interacción social como *Redes Sociales*, *Percepción Corporal*, o *Desempeño Físico*.

Tabla 4
Comparación entre pares de grupos con prueba post hoc (Games-Howell)

Área	Diferencia media en los Grupos de comparación		
	Sanos-Agudos	Agudos-Crónicos	Crónicos-Sanos
Relación con el Médico.	-3.98**	-3.41**	7.39**
Tiempo Libre.	2.86**	1.51*	-4.37**
Preocupaciones.	-3.26**	-1.62*	4.88**
Desempeño Físico.	2.54**	1.28*	-3.81**
Vida Cotidiana.	1.92**	1.78**	-3.7**
Percepción Corporal.	2.01**	1.91**	-4.01**
Aislamiento.	-1.39**	-1.89**	3.28**
Actitud Frente al Tratamiento.	2.26**	1.21*	-3.47**
Dependencia Médica.	-3.83**	-0.3	4.13**
Funciones Cognitivas.	0.87	1.81**	-2.69**
Redes Sociales.	1.04	1.65*	-2.69**
Familia.	0.54	-0.17	-0.36

* $p < .05$, ** $p < .01$

Los pacientes con padecimientos agudos, mostraron en general un grado intermedio de deterioro en su CV, sin embargo algunas áreas como: *Familia*, *Actitud ante el Tratamiento*, y *Relación con el Médico*, mostraron signos opuestos a lo esperable en su comparación contra los crónicos, es posible que éstos perciban a sus familias ligeramente más apoyadoras, y que, los agudos, debido a lo transitorio de su enfermedad, perciban menos molesto adherirse al tratamiento médico que los crónicos. Por otra parte, la interacción con el médico tratante es un aspecto cotidiano para los pacientes crónicos, esto puede permitir un proceso de habituación a diferencia de los pacientes agudos.

Adicionalmente se realizó un análisis multivariado de función discriminante a fin de reconocer las variables que distinguen mejor entre los grupos y sus pesos relativos en la creación de una función conformada por la combinación lineal de las variables independientes. Ésta

busca maximizar las diferencias entre los grupos (variable dependiente) de tal forma que predice si un sujeto, dadas sus respuestas, pertenecerá a una condición u otra dentro del continuo salud-enfermedad.

El valor predictivo global de la función se determina por el estadístico Lambda de Wilks (\bar{E}) que expresa la proporción de variabilidad total no debida a las diferencias entre los grupos, así, los valores próximos a 1 indican un gran parecido entre los grupos, mientras que los próximos a 0 una gran diferencia (ver tabla 5). Las funciones discriminantes suelen depender del número de grupos menos 1, siendo ortogonales entre sí. La primera función es la más importante porque explica la mayor proporción de varianza y el resto explica la varianza residual. Los datos se ingresaron con el procedimiento por pasos, que arroja una Lambda que mide el cambio que se produce en ésta al incorporar cada una de las variables al modelo, mientras que los

valores *eigen* permiten comparar la dispersión intergrupos alrededor de sus centroides, entre más altos sean indican una mejor distinción entre los grupos. Los coeficientes canónicos estandarizados permiten valorar la contribución de cada variable a la función discriminante (Universidad de Cádiz, 2002). Para este análisis se utilizaron las sumatorias de las áreas a fin de mantener la variabilidad de los grupos. Todas las variables se recodificaron en dirección de la CV para mantener en la interpretación de

los resultados la congruencia de los signos con los centroides de los grupos.

La Tabla 5 presenta los resultados del Análisis de Función Discriminante. La primera columna contiene los pasos que se incluyeron en el análisis para componer las funciones discriminantes. Se presenta también el peso relativo de cada variable en la función (Coeficiente canónico estandarizado) y la correlación entre cada una de las variables con las funciones, 1 o 2, arrojadas por el análisis.

Tabla 5.
Resultados del Análisis de Función Discriminante por pasos en la clasificación de la condición de los participantes

Paso	Variable	Lambda de Wilks	Coeficiente canónico estandarizado	Correlación con la Función 1	Lambda global Eigen (%Varianza)	
1	Relación Médico	.709**	.830	.720	Función 1	Función 2
2	Desempeño físico	.623**	-.419	-.459	$\Lambda = .539^{**}$	$\Lambda = .967^*$
3	Actitud tratamiento	.582**	-.401	-.392	.793 (95.8%)	.035(4.2%)
4	Redes sociales	.566**	-.371	-.261		
5	Familia	.553**	.259	-.045 F2	Ubicación de Centroides	
6	Depend. Médica	.539**	.105	-.308 F2	S=-1.390	S=.167
‡	Percepción corporal			-.395	A=-.180	A=-.271
‡	Tiempo libre			-.382	C=.847	C=.102
‡	Aislamiento			-.365		
‡	Vida cotidiana			-.359		
‡	Funciones cognitivas			-.316		
‡	Preocupaciones			-.301		

‡ Variables no incluidas en el análisis, F2=Mejor correlación con la función 2, S=Sanos, A=Agudos, C=Crónicos; ** $p < .01$, * $p < .05$

El análisis arrojó para la función 1 $\Lambda = .539$ y para la función 2 $\Lambda = .967$; ambas significativas (.000 y .039 respectivamente), siendo la primera la que explica casi toda la varianza (95.8%). Las variables que entraron en las funciones discriminantes se presentan en orden jerárquico, éstas fueron las tres relacionadas con intervenciones médicas (*Relación con el Médico*, *Actitud ante el Tratamiento*, *Dependencia Médica*) y las de interacción social y familiar (*Redes Sociales* y *Familia*). *Desempeño Físico* ocupó el segundo lugar en la composición de la función discriminante. Todas las cargas fueron superiores a .5 y discriminan entre los tres grupos desde la primer variable, se observa que a partir de *Redes Sociales*, el cambio que se produce en el

lambda añadiendo elementos a la función es mínimo de (.566 a .539) además de que se invierte el signo de la correlación con la función, esto es indicativo de colinealidad entre los grupos en las áreas de *Familia* y *Dependencia Médica*. Excepto *Relación con el Médico*, las áreas tuvieron una relación negativa con dicha función, esto es atribuible a que dos de los tres grupos ocuparon una posición negativa en el espacio de dispersión de las funciones (agudos y sanos), mientras que sólo el grupo de crónicos tuvo su centroide en la parte positiva, especialmente en la Función 1. Así, la distinción entre los grupos se da con mayor precisión entre los crónicos con respecto de los sanos y agudos.

El signo del coeficiente canónico estandarizado indica que una buena relación con el médico (por encima de la media) se relaciona con una mayor probabilidad de ser clasificado como crónico. Mientras que los participantes con mejor Desempeño físico, Actitud ante el tratamiento y Redes sociales, serán más fácilmente clasificados como sanos y agudos, debido a que sus centroides están en el espacio negativo.

El resto de las áreas, si bien no entraron en el modelo, mostraron niveles razonables de correlación con la función discriminante, Preocupaciones fue el área con menor coeficiente de correlación ($r=-.301$).

A fin de calcular la significancia de los cambios en CV en 24 pacientes agudos que abandonaron su condición (de enfermos a sanos) se utilizó la prueba de Wilcoxon, que arrojó 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) de probabilidad asociada.

Discusión

La propuesta del presente estudio fue evaluar las diferencias en CVRS atribuibles al estado agudo o crónico de salud, así como identificar elementos en la medición de la CVRS, que permitan discriminar entre éstos desde un instrumento construido a partir de referentes culturales de un país en transición demográfica. Los tres grupos de comparación estuvieron constituidos por pacientes con enfermedades agudas y padecimientos crónicos que son los grupos de interés, y el grupo de participantes sanos que funcionó como contraste.

Las diferencias en CVRS fueron significativas para la mayoría de las áreas evaluadas, éstas 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 el menor nivel de deterioro, sin embargo, sí lo

hubo aun 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 cómo responderían si estuvieran enfermos. Autores como Dolan (1998) consideran que éste efecto es indicativo de que los grupos “sanos” en estudios de CV responden más en función de un continuo en el estado de salud que como una dicotomía. 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 sí mostraron deterioro en comparación con los sanos.

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, a los cuidados cotidianos como dietas específicas y a los tratamientos farmacológicos, por lo que perciben mayor control sobre su enfermedad, mientras que los agudos atribuyen al médico mayor control con respecto a su recuperación.

Los análisis de varianza mostraron que el InCaViSa discierne entre las tres condiciones evaluadas (sanos, crónicos y agudos). Excepto el área de Familia, los once dominios restantes tuvieron medias significativamente diferentes con respecto a las tres condiciones. Los aspectos en que más difieren los crónicos, agudos y sanos con respecto a su valoración de la CVRS fueron aquéllas que no han sido tradicionalmente consideradas en otros instrumentos. Éstos son la percepción que el paciente tiene sobre el vínculo establecido con su médico y la importancia que esta relación tiene en su vida (Relación con el Médico); el grado de control que el paciente atribuye al tratamiento médico sobre su salud (Dependencia Médica); y 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 (Actitud ante el Tratamiento). También se distinguen de manera importante en la percepción sobre la energía e independencia física que poseen para desempeñar sus actividades cotidianas; en el nivel de satisfacción o agrado sobre su apariencia física, así como si ésta se ha modificado por la enfermedad; en las emociones y cogniciones relacionadas con los cambios en sus

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

El área de Familia no resultó significativa, probablemente debido a que evalúa el nivel de involucramiento afectivo en dicho entorno, constituye 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 al respecto, los tres grupos, utilizaron toda la gama de respuestas, mostrando la frecuencia más alta en el grupo de crónicos. Probablemente 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 (Martín-Rodríguez & Pérez-San Gregorio, 2007). Este dominio puede reflejar aspectos idiosincrásicos de la población, que en otras sociedades podrían ser diferentes. Varela *et al.* (2004) identificó que los niños mexicanos tienden a subordinar sus deseos y necesidades a los de la familia a diferencia de otros grupos como los anglo-americanos y los latino-americanos. Por otra parte, se trata de un dominio que exhibió colinealidad en el análisis de función discriminante, por lo tanto fue la única área que no arrojó información relevante para los propósitos del presente estudio, pero que clínicamente es un indicador importante sobre las condiciones de vida del paciente y los recursos que mejor convienen a sus condiciones.

En cuanto a la sensibilidad del instrumento para evaluar intervenciones, los hallazgos de la presente investigación extienden resultados previos con respecto al impacto de enfermedades crónicas en la CV (Arnold *et al.*, 2004), como en hipertensión arterial (Bardage & Isacson, 2001), Diabetes Mellitus (De los Ríos, Sánchez-Sosa, Barrios & Guerrero, 2003; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar & Sánchez-Sosa, 2005), VIH-Sida (González-Puente & Sánchez-Sosa, 2001; Gore-Felton *et al.* 2006), entre otras. Al parecer la cronicidad y la gravedad con que la enfermedad imposibilita el funcionamiento del (los)

afectado(s) son los componentes de mayor impacto negativo sobre la CV (Grewal *et al.*, 2006), incluyendo los aspectos comportamentales, cognitivos y emocionales que determinan el bienestar (Sánchez-Sosa, 2002).

El Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) evalúa también 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, que 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) y Cramer y Spilker (1998) 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 fueron los que más contribuyeron a 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 más importante, 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 fueron 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 al padecimiento y por lo tanto responden en similitud con los sanos.

La investigación en cuanto al impacto de las enfermedades agudas sobre la CV general y CVRS aún es escasa; las bases de datos especializadas 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. Sin embargo sí se observó un deterioro significativo en comparación con los participantes sanos y, por otra parte, no se observó un cambio estadísticamente significativo por el cambio de condición aguda a saludable. Los pacientes agudos frecuentemente refirieron que «enferman muy seguido», lo que sugiere que la CV también se ve afectada por enfermedades recurrentes y que no se recupera inmediatamente después de sanar. Es necesario investigar más en esta línea ya que dicho efecto puede deberse a lo limitado del tamaño del grupo, problemas en los participantes agudos de salud reincidentes como infecciones constantes, efectos de somatización, etc., que requieren un análisis más detallado.

Si bien es cierto que los hallazgos no pueden considerarse representativos de toda la población mexicana o latina, se observaron criterios socioeconómicos que abarcan una gran cantidad de características de las poblaciones urbanas, como extremos entre ausencia de estudios y alta escolaridad, o bajo poder adquisitivo, trátase de participantes sanos o enfermos. También es pertinente reconocer que aún falta establecer algunos parámetros para la calificación del InCaViSa que en un futuro podrían incluir perfiles de CVRS estandarizados, se sugiere la realización de mayor investigación en este sentido, así como en CV relacionada con padecimientos agudos.

Referencias

- Albrecht, G.L. & Fitzpatrick, R.A. (1994). A sociological perspective on health-related quality of life research. En G.L. Albrecht & R. Fitzpatrick (Eds.). *Advances in Medical Sociology. Quality of Life in Health Care*, 5, 1-21.
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J.M. (1995). La versión española del 'SF-36 Health Survey': un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Alonso, J., Antó, J.M. & Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80, 704-708.
- Arnold, R., Ranchor, A. V., Sanderman, R., Kempen, G.I.J.M., Ormel, J. & 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.
- Bardage, C., & Isacson, D.G.L. (2000). Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 172-181.
- Cramer, J.A. & Spilker, B. (1998). *Quality of life pharmacoeconomics: An introduction* (pp. 1-48). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Dolan, P. (1998). Valuing health-related quality of life: Issues and controversies. *Pharmacoeconomics*, 15(2), 119-127.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Quality of life: Concept and assessment. En J.G. Adair, D. Belanger & K.L. Dion (Eds.). *Advances in Psychological Science. Social, Personal and Cultural Aspects* 1, 387-406. Montreal: Psychological Press.
- Fernández, J.A., Rancaño, I. & Hernández, R. (1999). Psychometric properties of the spanish version of the questionnaire PLC-PECVEC for life quality profile in the chronically ill. *Psicothema*, 11(2), 293-303.
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 320-331.
- González-Celis, R.A.L., & Sánchez-Sosa, J.J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 43-58.
- 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. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(3), 519-528.
- Gore-Felton, C., Koopman, C., Spiegel, D., Vosvick, M., Brondino, M. & Winningham, A. (2006). Effects of quality of life and coping on depression among adults living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 711-729.
- Grewal, I., Lewis, J., Flynn, T., Brown, J., Bond, J. & Coast, J. (2006). Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: Preferences or capabilities? *Social Science & Medicine*, 62(8), 1891-1901.

- Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento* (4ª ed., pp. 21-528). México: Interamericana/McGraw Hill.
- Lizán, L. & Reig, A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria*, 2, 75-85.
- Martín-Rodríguez, A. & Pérez-San Gregorio, M.A. (2007). Influence of Intensive Care Unit in relatives of patients with bad quality of life. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 71-82.
- Montero, I. & León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127.
- Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buena-Casal, V.E. Caballo, & C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI editores.
- Nunnally, J.C. (1987). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (2000). Análisis de situación de salud en las Américas, 1999-2000. *Boletín Epidemiológico*, 21(4). En http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_v21n4-editorial.htm
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R. & Sánchez-Sosa, J. J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: Efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 493-507.
- Riveros, A.R., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, L.F., & Sánchez-Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión, y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. J. & Del Aguila M. (2008). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México, Manual Moderno (en prensa).
- Rodríguez, O. (2002). *Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez-Sosa, J.J. & González-Celis, 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* (pp. 473-491). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002a). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Mexican Journal of Psychology, Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 85-92.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002b). 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>
- Schwartzmann L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Stevin, M.L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J. & Gregory, W.M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57(1), 109-112.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1989). *Using multivariate statistics*, (2ª ed., pp. 505-594). California, EE.UU.: Harper Collins.
- Universidad de Cádiz. (2002). *Guía para el análisis de datos: SPSS*. Recuperado el 26 de Junio del 2007 de: <http://www2.uca.es/serv/ai/formacion/spss>.
- Varela, E., Vernberg, E., Sánchez-Sosa, J.J., Riveros, A., Mitchell, M. & Mashunkashey, J. (2004). Anxiety reporting and culturally associated interpretation biases and cognitive schemas: A comparison of Mexican, Mexican American and European American families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(2), 237-247.
- 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* (pp. 81-92). Ginebra, Suiza: The author.