

**UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

**Calidad de vida en enfermos crónicos**

**Autor: Hernández Bienes, María Milagros**

**Director: Vicente Pelechano Barberá**

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos**

---

**ÍNDICE**

<b>1. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Un breve recorrido histórico .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2. Estado actual y definición del campo .....</b>	<b>8</b>
2.2.1. Cambio en los patrones de enfermedad .....	8
2.2.2. Cuestionamiento del modelo biomédico y surgimiento de una alternativa .....	10
2.2.3. Perspectivas de futuro.....	13
<b>3. LA CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1. Irrupción de la calidad de vida como prioridad sanitaria .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2. El problema de la definición y medida de la calidad de vida en salud .....</b>	<b>19</b>
3.2.1. Distintas perspectivas en salud .....	20
3.2.1.1. Unidimensionalidad frente a multidimensionalidad .....	20
3.2.1.2. Objetividad frente a subjetividad .....	22
3.2.1.3. Globalidad frente a especificidad.....	24
3.2.1.4. Visión positiva frente a negativa en calidad de vida .....	26
3.2.1.5. Una posible perspectiva unificadora.....	27
3.2.2. Pruebas más representativas .....	28
3.2.3. Problemas y/o deficiencias.....	32
<b>3.3. Marcadores relevantes más frecuentes .....</b>	<b>33</b>
3.3.1. Marcadores físicos .....	33
3.3.2. Marcadores cognitivos .....	34
3.3.3. Apoyo social .....	34

---

3.3.4. Actividades laborales y/o profesionales .....	36
3.3.5. Conducta sexual .....	37
<b>3.4. Calidad de vida, personalidad y afrontamiento en enfermos crónicos .....</b>	<b>38</b>
<b>4. UNAS NOTAS RELEVANTES RESPECTO A LA ENFERMEDAD CRÓNICA .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1. Hipertensión.....</b>	<b>42</b>
<b>4.2. Cáncer.....</b>	<b>46</b>
<b>4.3. Enfermedad renal.....</b>	<b>50</b>
4.3.1. Nefropatías varias y enfermedad renal terminal.....	50
4.3.2. Trasplante renal.....	53
<b>4.4. Diabetes.....</b>	<b>54</b>
<b>5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....</b>	<b>58</b>
<b>5.1. Objetivos.....</b>	<b>59</b>
<b>5.2. Hipótesis.....</b>	<b>61</b>
<b>6. MÉTODO.....</b>	<b>63</b>
<b>6.1. Procedimiento.....</b>	<b>64</b>
<b>6.2. Muestra.....</b>	<b>65</b>
<b>6.3. Instrumentos.....</b>	<b>72</b>
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
<b>7.1. Estructuración de calidad de vida: análisis factoriales de primer y segundo orden.....</b>	<b>76</b>
7.1.1. Criterios de inclusión de ítems.....	76
7.1.2. Solución factorial de primer orden.....	77
7.1.3. Solución factorial de segundo orden.....	96

---

7.1.4. Comparación entre las estructuras de enfermos y no enfermos.....	106
7.1.5. Estructuras factoriales conjuntas.....	110
<b>7.2. Calidad de vida en enfermos y en no enfermos: análisis bivariados en diferentes áreas racionales.....</b>	<b>124</b>
7.2.1. Datos relacionados con salud.....	124
7.2.1.1. Restricciones.....	124
7.2.1.2. Problemas genéricos (sintomatología general)..	126
7.2.1.2.1. Solución factorial.....	127
7.2.1.2.2. Análisis bivariados entre los distintos grupos.....	127
7.2.2. Relaciones familiares.....	133
7.2.2.1. Problemas familiares.....	133
7.2.2.2. Relaciones sexuales.....	135
7.2.3. El mundo laboral.....	138
7.2.4. Percepción y utilidad del apoyo social.....	145
7.2.4.1. Relaciones sociales.....	145
7.2.4.2. Búsqueda de apoyo.....	147
7.2.5. Ocio y diversión.....	151
7.2.6. Problemas más importantes.....	157
7.2.7. Conclusiones .....	159
<b>7.3. Capacidad discriminativa de calidad de vida.....</b>	<b>163</b>
7.3.1. Diferenciación multivariada entre los distintos grupos sobre calidad de vida.....	163
7.3.2. Diferenciación multivariada sobre calidad de vida entre grupos formados en función de la gravedad del diagnóstico.....	167
<b>7.4. Influencia de personalidad, afrontamiento y sintomatología general sobre calidad de vida.....</b>	<b>171</b>
7.4.1. Análisis multivariado de varianza sobre calidad de vida con personalidad, afrontamiento y sintomatología como covariados.....	171

---

7.4.2. Solución factorial de tercer orden sobre calidad de vida junto a personalidad, afrontamiento y sintomatología.....	175
7.4.3. Aportación de personalidad, afrontamiento y sintomatología a la capacidad discriminativa: comparación entre los discriminantes que incluyen únicamente variables de calidad de vida frente a los que incluyen también las variables mencionadas.....	190
<b>7.5. Influencia de las características socio-demográficas sobre calidad de vida.....</b>	<b>198</b>
7.5.1. Análisis multivariado de varianza sobre calidad de vida con las variables socio-demográficas como covariados.....	198
<b>8. RESUMEN.....</b>	<b>202</b>
8.1. Estructuración de la calidad de vida.....	204
8.2. Análisis diferenciales bivariados.....	206
8.3. Poder discriminante de los factores de calidad de vida.....	209
8.4. Influencia de personalidad, afrontamiento y sintomatología general sobre la calidad de vida.....	210
8.5. Influencia de las variables socio-demográficas.....	213
<b>9. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES.....</b>	<b>214</b>
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>223</b>
<b>11. ANEXO.....</b>	<b>250</b>
<b>Anexo I:</b> material de evaluación de calidad de vida.....	251
<b>Anexo II:</b> material de evaluación de personalidad y afrontamiento.....	261
<b>Anexo III:</b> análisis bivariados con factores de primer orden de sintomatología general .....	275
<b>Anexo IV:</b> matrices de correlaciones.....	277



## **1. JUSTIFICACIÓN**

## 1. JUSTIFICACIÓN

Decir que la salud constituye uno de los bienes más preciados en nuestra sociedad no parece precisamente una novedad. Desde estudios científicos, como el trabajo de Rokeach (1973)<sup>1</sup>, hasta la simple observación de los programas o páginas dedicadas en los medios de comunicación a este tema, se corrobora dicha circunstancia.

Desde esa fecha hasta ahora no sabemos si el panorama ha cambiado significativamente. Quizá desde entonces se han introducido una serie de matices a la hora de calificar el término en cuestión: salud.

Si nos situamos unos años antes, en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) había puesto las bases para que la salud dejara de significar lo que había sido hasta ese momento, es decir, la ausencia de enfermedad. La definición de la OMS propone que la salud constituye *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”*. Esta afirmación auguraba la apertura del campo hacia otras disciplinas entre las que necesariamente habría que incluir la psicología.

De manera conjunta se van produciendo en nuestra sociedad occidental una serie de circunstancias que van a hacer que se acelere este proceso de “psicologización” de la salud.

Entre ellas hay que destacar el cambio en los patrones de enfermedad a lo largo del siglo XX. Se pasa del auge de las enfermedades infecciosas al de las crónicas, que llegan a constituir uno de los problemas socio-médicos más importantes de la actualidad (Lawton, 1991). Como señala Taylor (1991), este auge de las enfermedades crónicas ha contribuido al desarrollo del campo de la psicología de la salud por dos razones fundamentales: en primer lugar, porque son enfermedades en las que pueden estar implicados a nivel causal factores psicológicos y sociales y, en segundo lugar, porque son enfermedades con las que se puede vivir durante muchos años y en las que, por tanto, pueden concurrir respuestas psicológicas. Esto último ha motivado un cambio en la finalidad de los servicios de salud que deben pasar de luchar únicamente contra mortalidad-morbilidad a promover también la maximización de la salud, por lo que, como ha señalado algún autor (Polaino, 1987) *se ha pasado de un modelo patogénico a otro salutogénico*.

En este sentido, dentro del campo de la salud, que tradicionalmente ha sido eminentemente médico, se ha abierto una puerta a la psicología. Ésta pasa necesariamente por la aceptación del psicólogo dentro del ámbito médico, que se está dando de hecho (aunque de manera lenta aún), por varios motivos. Uno de ellos es el reconocimiento de que hay factores psicológicos y sociales que son

---

<sup>1</sup> Rokeach, en 1973, tuvo que eliminar la salud de una lista de valores, puesto que siempre ocupaba el primer lugar, y no se registraba variabilidad intersubjetiva. La salud aparecía como el valor prioritario para todas las personas encuestadas. La “valoración” ajustada de ese resultado a nuestro entorno cultural no se ha hecho, ni tampoco su estudio evolutivo. El paso del tiempo y el impacto de modas y modos de vivir al final del siglo XX sugiere que los resultados de Rokeach pueden tener una ordenación algo diferente en nuestros días.



---

importantes tanto en la salud como en la enfermedad, con lo que se ha reconocido el papel del psicólogo a la hora de cambiar el hábitat de salud del paciente y contribuir al tratamiento (Nethercut y Piccione, 1984). A esto se unen las contribuciones que la psicología ha hecho a la salud, como por ejemplo los programas de cambio conductual para mejorar hábitos de salud, y las que puede hacer en el campo de la investigación con su experiencia metodológica (Taylor, 1991).

Dentro de esta visión de la salud, empieza a tener una gran importancia un nuevo concepto: calidad de vida. Esto se deriva de varios aspectos. Por un lado, el auge, que ya hemos comentado, de las enfermedades crónicas, dado que se pasa de tener como objetivo terapéutico la curación (como ocurría con las infecciosas), a buscar la adaptación a limitaciones funcionales de larga duración (como ocurre en las crónicas) (Pelechano, 1992). Esta mayor esperanza de vida lleva aparejado que se empiece a exigir que esa mayor "cantidad" de años de vida vaya acompañada de una mínima "calidad".

Paralelamente, el avance técnico en los tratamientos médicos ha llevado aparejado un doble interés: en primer lugar la evaluación del coste-beneficio, puesto que este avance conlleva también mayores costes sanitarios que pueden suponer una mejora (más o menos apreciable) pero para una pequeña parte de la población; y en segundo lugar, la evaluación de los efectos directos e iatrogénicos de los tratamientos. En ambos casos, la evaluación pasa necesariamente por el estudio de la calidad de vida.

Por otro lado, nuestra sociedad se ha ido decantando hacia el bienestar como el valor máximo hacia el que hay que acercarse, tanto individualmente, en nuestro día a día, como colectivamente a través de los movimientos sociales o políticos.

La importancia, por tanto, del estudio de la calidad de vida del enfermo parece irrefutable, avalada además por el programa de la OMS *Salud/sanidad para todos en el año 2000*, según el cual, desde la sanidad lo que se debe promover es *proporcionar más vida a los años, no solamente más años a la vida*. Asimismo, diversos autores (Kaplan, 1985; McDermot, 1981; Nelson et al., 1983) han señalado que las metas en política sanitaria deben ir en un doble sentido: incrementar la duración de la vida y mejorar la calidad de la misma.

Todas estas circunstancias han provocado que los trabajos sobre la calidad de vida sean cada vez más numerosos. Pero esto no significa que se haya agotado el campo, ni mucho menos. Quedan muchas lagunas por llenar, por varias razones. Entre ellas está el hecho de que ha habido una mayor preocupación por parte de los investigadores en buscar los predisponentes de la enfermedad (representados, por ejemplo, por los estudios sobre el patrón de conducta tipo A) que en estudiar las propias características de los enfermos. De manera que en pocas ocasiones se han utilizado, en los trabajos de investigación, grupos de no enfermos o más de un tipo de enfermedades.

Tampoco ha habido una gran cantidad de estudios sobre dolencias crónicas, a pesar de que en ellas la psicología de la salud tiene mucho que decir,

sobre todo, por lo que se refiere a calidad de vida de las personas (y familiares) que padecen este tipo de enfermedades, tal como se ha señalado anteriormente. La familia es un sistema social (Minuchin, 1974) y la discapacitación o disminución de posibilidades funcionales de un miembro de la familia afecta la vida de los otros (Leventhal, Leventhal y Nguyen, 1985). En consecuencia, uno de los principales cambios que ocurren cuando un miembro de la familia desarrolla una enfermedad crónica es que las tareas y responsabilidades de los otros miembros de la familia se incrementan.

Una de las dificultades más graves que se encuentran en este campo de trabajo, debido quizá al crecimiento que ha experimentado en las últimas décadas, es la dificultad en encontrar una definición consensuada de lo que significa calidad de vida. En efecto, ha habido conceptualizaciones muy distintas de lo que cada autor ha entendido por calidad de vida. Derivado de esta circunstancia, nos encontramos con las mismas dificultades a la hora de decidir qué indicadores vamos a tomar en cuenta y cómo evaluarlos.

Intentando llenar parte de este vacío, se vienen desarrollando desde hace varios años diversos proyectos de investigación por parte del profesor Pelechano y su grupo. El presente trabajo se enmarca dentro de dicha línea y pretende estudiar la calidad de vida de personas que padecen distintas enfermedades crónicas y de no enfermos (personas no diagnosticadas). Para tal propósito, se incluyen varios grupos de enfermos con distintos diagnósticos médicos, así como un grupo de personas que no sufren enfermedad crónica.

En cuanto a los constructos evaluados, se partirá de un punto de vista multidimensional y subjetivo de calidad de vida, además de tomar en cuenta variables de personalidad (situadas en un distinto nivel de consolidación) y estrategias de afrontamiento. Esto, además de indicarnos las diferencias que puedan haber entre los grupos, nos permitirá estudiar las relaciones entre variables de percepción de calidad de vida y otras de temperamento, personalidad y estrategias de afrontamiento.

En definitiva, se pretende aportar un poco de luz sobre un tema que creemos fundamental en este final de siglo y de milenio. Cuando cada vez más, dentro del marco sanitario, se habla de eutanasia, de si es mejor vivir en un estado semivegetativo o morir, de la importancia de ayudar a morir, parece claro que las ciencias de la salud, y dentro de ellas, la psicología, tienen que plantearse seria y rápidamente un cambio en su forma de ver la enfermedad y los enfermos, donde tan importante es vivir como cómo vivir.

## **2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

## 2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

El estudio de la calidad de vida en psicología se ha situado dentro del marco que esta especialidad dedica a la salud, por lo que no está de más hacer una incursión, aunque sea simplemente orientativa, en el nacimiento y evolución de este campo.

### 2.1. UN BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

Como se ha comentado, la salud se ha convertido en el valor por excelencia en nuestra sociedad. Pero, como la mayoría de las cosas, este interés aparentemente reciente se remonta mucho más atrás en el tiempo y, a menudo, resulta de mucha utilidad hacer una revisión de lo que *ha llovido* desde entonces para no *descubrir* “novedades” de las que hace siglos o años que se habla. No es extraño que en muchos trabajos sobre este tema se plantee la juventud de este interés por la conexión psicología-salud, cuando en realidad, en todo caso, lo que sería joven es el método de estudio que se utiliza.

En la Grecia clásica surge la teoría humoral de la enfermedad, partiendo de Hipócrates y posteriormente ampliada por Galeno. Suponía que la aparición de la enfermedad se debía a desajustes entre los cuatro humores circulantes por el cuerpo humano: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. El predominio de uno de los humores se asociaba con un temperamento determinado, con lo que existía una relación clara entre tipo de personalidad y la aparición de una enfermedad concreta.

Ya desde este momento se planteó un debate de gran trascendencia para el campo que nos ocupa: la visión dualista de mente y cuerpo como entes separados frente a la creencia de que formaban parte de un único sistema. Podríamos decir que esta polémica no se ha superado en absoluto, sino que en la actualidad sigue habiendo partidarios de ambas posturas, y de hecho, implícito en el modelo médico dominante actualmente está la visión dualista<sup>2</sup>.

En la Edad Media, con el protagonismo de la Iglesia en todos los aspectos y el auge del misticismo y la demonología, el concepto de enfermedad se llegó a entender como un castigo de Dios y, por tanto, los encargados de la recuperación de la salud eran los religiosos. De esta manera, durante todo el Medioevo la Iglesia fue la guardiana del “conocimiento médico”, de manera que se confundía la función de curación con la práctica de la religión (Kaplan, 1975). Debe tenerse en cuenta que no en todas las condiciones ni personas se hablaba de concepciones demonológicas ni de exorcismo; también fuera de la iglesia y del cristianismo florecía una medicina islámica que era contemporánea de aquella y mucho más eficaz y embebida de datos y modelos “científicos” que, en todo caso, eran modelos laicos.

---

<sup>2</sup> Este dualismo se refleja en los últimos decenios dentro de la literatura psicológica, en la contraposición entre el *modelo médico* y el *modelo psicológico* que han usado los conceptos de enfermedad, el primero, mientras que el segundo ha empleado la expresión de *trastornos o alteraciones* (Pelechano, 1996).

---

Durante el Renacimiento, sin embargo, la unión mente-cuerpo se empieza a desvanecer, en parte como rechazo a todo lo que el oscurantismo había supuesto y ayudado en parte por un gran despliegue de avances tecnológicos en la práctica médica. Leeuwenhoek (1632-1723) con sus trabajos sobre el microscopio y las contribuciones de Morgagni (1682-1771) a la autopsia fueron algunos de los más relevantes, que contribuyeron a la desestimación definitiva de la teoría humoral dando paso a la patología celular.

De esta manera se refuerza la concepción dualista de mente y cuerpo, de manera que los médicos se encargaban del cuerpo mientras que los filósofos y teólogos se convirtieron en los responsables-estudiosos de la mente.

Esta concepción persistió durante largo tiempo hasta que la aparición de la moderna psicología y, sobre todo, los primeros trabajos de Freud sobre la histeria de conversión empezaron a plantear cuestiones que no podrían resolverse desde el modelo dominante.

Fueron dos seguidores de sus trabajos (Dunbar, 1943 y Alexander, 1950), quienes consiguieron con sus publicaciones, poner las bases del naciente movimiento psicosomático, que surgía como un enfoque médico (fisiopatológico y microbiológico) de la enfermedad que se oponía a la tradicional orientación dualista del ser humano. El aspecto central del modelo de Alexander es la idea de que la activación de conflictos inconscientes (reprimidos) específicos inducen reacciones fisiológicas causantes del desarrollo o exacerbación de la enfermedad. Dunbar sugirió que los trastornos psicosomáticos se asociaban a determinados tipos específicos de personalidad.

Esta formulación teórica ha recibido importantes críticas. Entre ellas hay que destacar las siguientes: (a) los trabajos en que se basaban eran metodológicamente muy deficientes; (b) restringía el rango de problemas médicos a aquellos en que había factores psicológicos o sociales implicados; y (c) no se sostiene actualmente que un conflicto particular o tipo de personalidad (entendida a la manera psicosomática) sea suficiente para producir enfermedad, sino que, la aparición de la enfermedad requiere la interacción de una variedad de factores (Stoudemire y Hales, 1995).

A pesar de estas críticas, parece claro que la medicina psicosomática cumplió una función fundamental para el desarrollo de lo que actualmente se conoce como modelo biopsicosocial y en concreto para la moderna psicología de la salud, ya que cambió la forma en que en ese momento se entendían las relaciones entre la mente y el cuerpo (Engel, 1986).

Como alternativa teórica y metodológica a la psicodinamia surge el acercamiento conductual, del que parte la Medicina Comportamental, cuyo "nacimiento oficial" se produce en la Conferencia de Yale en 1977 y de la reunión del Grupo de Investigación en Medicina Comportamental (Academia Nacional de la Ciencia de Estados Unidos), en abril de 1978. Se definió en ese momento como: *"el campo interdisciplinar referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad y a la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención,*

*diagnóstico, tratamiento y rehabilitación*" (Schwartz y Weiss, 1977, pág. 250). Aunque en principio se presentaba como la aplicación del *biofeedback* (biorretroalimentación) en medicina (Birk, 1973), posteriormente aparecen diferentes conceptualizaciones que comparten una serie de aspectos básicos: interdisciplinariedad sistemática, investigación e intervención basada en las técnicas de la terapia de conducta y aplicada al tratamiento y prevención de la enfermedad para la promoción y mantenimiento de estilos de vida sanos (Reig, 1981).

Podemos decir que la psicología de la salud es una disciplina muy relacionada con la medicina comportamental aunque según la bibliografía especializada, la psicología de la salud sería una disciplina dentro del campo de la medicina comportamental, que sería interdisciplinar entre las ciencias médicas, comportamentales y otras relacionadas.

Oficialmente, el nacimiento de la psicología de la salud se situaría en el año 1978 en que la *American Psychological Association (APA)* crea una nueva división, la 38, con este nombre. Posteriormente se publican con esta denominación, el primer libro (*Health Psychology: A Handbook*, compilado por Stone, Cohen y Adler, 1979) y la primera revista (*Health Psychology*), que se constituye en el órgano oficial de esta división de la APA, y por tanto de la disciplina dentro de la Sociedad Americana de Psicología.

Podríamos decir que esta es la historia hasta la constitución oficial, otra es la historia de la disciplina y de los conceptos de la disciplina. Esta historia está por hacer, escribir y vertebrar.

## **2.2. ESTADO ACTUAL Y DEFINICIÓN DEL CAMPO**

Los últimos 20 años han significado un relanzamiento de los estudios referidos a psicología de la salud. Por supuesto, no podemos hablar de un único hecho que lo haya provocado, pero sí que podríamos destacar uno por encima de todos. Este se refiere al cambio en los patrones de enfermedad que se ha producido en los últimos años en los países desarrollados. Este mismo hecho ha contribuido, a su vez, al cuestionamiento del actual modelo médico imperante y al surgimiento y desarrollo de una alternativa.

### **2.2.1. CAMBIO EN LOS PATRONES DE ENFERMEDAD**

En un informe de 1982, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias (*Institute of Medicine of the National Academy of Sciences*) de Estados Unidos, estudió la relación entre salud y conducta. Se estimó que unas conductas concretas de los individuos tales como fumar, una mala alimentación o la falta de ejercicio podrían encontrarse a la base del 50% de los casos de enfermedad crónica (Hamberg, Elliot y Parron, 1982).

La OMS también se hizo eco de estos hallazgos y mostró interés en esta relación entre conductas concretas y desarrollo de las enfermedades crónicas. En

1987 publicó un importante monográfico en el que un grupo de expertos concluía que, aproximadamente las dos terceras partes de todas las muertes, 1.2 millones y 8.4 millones de pérdidas de años de vida podrían ser evitados a través de medidas preventivas y cambios en el estilo de vida (Amler y Doll, 1987).

Estos datos obtenidos a partir de estudios epidemiológicos, ponían de manifiesto un hecho fundamental para la evolución de los cuidados de salud y que se producía en el mundo occidental: el cambio en la forma de enfermar. Hasta el siglo XX, la principal causa de enfermedad y muerte eran los trastornos agudos, especialmente tuberculosis, neumonía y otras enfermedades infecciosas. Actualmente, como hemos visto, la medicina tiene que enfrentarse a otros enemigos: la llamada *enfermedad de los estilos de vida*, asociada con hábitos de salud como dietas, ejercicio, alcohol, tabaco y otras conductas de asunción de riesgos, por lo que algunos autores señalan que *la ciencia médica debe insistir más en el estudio de las conductas relacionadas con la enfermedad para promover la salud de la población* (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993, pag. 7).

Sin embargo, cuando pensamos en salud, la atención se centra en el ámbito médico. Efectivamente, resulta curioso el hecho de que al hablar de salud o enfermedad para casi todos, tanto legos como profesionales, la equiparemos a asistencia médica. Por ejemplo, tal como señalan Kaplan, Sallis y Patterson (1993) las campañas políticas de promoción de la salud para la población centran su plan en la inversión económica en personal médico y recursos sanitarios, cuando, tal como señalan los autores, parece que la salud está mucho más influida por la persona y su comportamiento que por la actuación de los médicos.

Ya Dever, en 1976, estudiando *el modo de enfermar de nuestra sociedad*, encontraba graves discrepancias entre la contribución de distintas áreas a la mortalidad y el gasto sanitario que se efectuaba en cada una de ellas:

Áreas	Contribución a la mortalidad	Gasto sanitario
Biología humana	27%	7.9%
Entorno	19%	1.6%
Estilo de vida	43%	1.5%
Sistema sanitario	11%	90%

Esto resulta, si cabe, más relevante si tenemos en cuenta que la sanidad constituye una de las industrias más importantes en la mayoría de los países occidentales. El aumento de los gastos sanitarios se ha disparado en los últimos años por una serie de factores entre los que cabe destacar: el envejecimiento de la población (que lleva aparejado un mayor número de enfermedades crónicas y condiciones médicas caras); el desarrollo de nuevas tecnologías más sofisticadas y, por tanto, más caras; y el hecho de que podamos estar usando un gran número

de servicios, muchos de los cuales no son necesarios (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993).

Esta afirmación de los autores tiene una gran importancia, puesto que lleva implícita la necesidad de evaluar/comparar las contribuciones de distintos tipos de intervenciones para la promoción de la salud, aislar y especificar sus beneficios reales. Como veremos más adelante, será éste uno de los principales puntos de arranque en el desarrollo de los trabajos sobre calidad de vida.

También hablan los autores del envejecimiento de la población, que ha contribuido al aumento de los trastornos crónicos, que llevan aparejados un alto coste sanitario y además durante un largo período de tiempo. Esta tendencia se ha acentuado en España en los últimos años, y así, teniendo en cuenta la progresión desde el año 1991 al 2000, se ve un aumento considerable de la población mayor de 65 años, mientras que disminuye la menor de 15 años. Esto indica tanto una disminución de nacimientos como un aumento de la esperanza de vida (INE, 1992), que se situaba en 1991 en 79 años para las mujeres y 73 para los hombres.

Una de las razones de este aumento en la esperanza de vida ha sido el avance en la tecnología médica, que ha permitido que enfermedades que hasta hace poco tiempo eran de pronóstico mortal, se conviertan en dolencias crónicas con una expectativa de vida más larga. Por ejemplo, hasta hace pocas décadas, la enfermedad renal terminal tenía pronóstico mortal en relativamente poco tiempo, mientras que, actualmente, podemos encontrarnos con personas que llevan más de dos décadas con enfermedad renal terminal, acudiendo a salas de diálisis o con trasplantes renales.

Todo esto ha tenido como consecuencia, entre otras cosas, el replanteamiento del modelo epistemológico dominante hasta este momento (el denominado modelo médico). Este cuestionamiento abarcaría *atribuciones causales, objetivos a perseguir en los tratamientos y elementos a tomar en consideración a la hora de elegir uno u otro tratamiento* (Pelechano, 1996, pag. 183).

## **2.2.2. CUESTIONAMIENTO DEL MODELO BIOMÉDICO Y SURGIMIENTO DE UNA ALTERNATIVA**

En este estado de cosas, el modelo biomédico imperante presenta serias deficiencias a la hora de poder dar respuesta a las necesidades sanitarias actuales. Este modelo mantiene que todas las enfermedades pueden ser explicadas por procesos somáticos aberrantes sin la necesidad de recurrir a procesos psicológicos y sociales. Dicho modelo, por tanto, se caracteriza según Engel (1977), por ser reduccionista<sup>3</sup>, ser esencialmente un modelo de factor único

---

<sup>3</sup> Este tipo de modelos vendría avalado por el canon de Occam, que ha presidido la labor de la ciencia desde su origen, y que supone que a la hora de elegir entre dos modelos científicos se debe elegir aquel que en igualdad de condiciones resulta más simple. Asumir esto supone, como señala Pelechano (1996), reconocer que la naturaleza prefiere lo simple a lo complejo, pero es posible que en la realidad psicológica nada sea simple y que si existe una explicación simple de algún fenómeno



---

de enfermedad, llevar implícito el dualismo mente-cuerpo y enfatizar la enfermedad sobre salud.

Los supuestos de este modelo conllevan una serie de problemas que se podrían concretar en: dificultad para evaluar las variables que pueden modular el hecho de que un grupo de condiciones somáticas pueda o no llevar a la enfermedad; no puede explicar el hecho de que la efectividad de un tratamiento esté afectada por factores psicológicos y sociales; y tampoco puede explicar por qué resulta tan importante la relación paciente-médico (Engel, 1977). Por esto, según Engel, este modelo resultaría científica y clínicamente inadecuado para poder explicar el proceso de enfermedad.

Por otro lado, los postulados de este modelo son insuficientes para dar razón de las notas identificativas de la definición que la OMS da para salud, en 1948. Esta definición había supuesto un avance importante puesto que rompía con las anteriores porque no usaba términos negativos, cosa que sí ocurría en las definiciones tradicionales, y porque reconocía las distintas dimensiones del estado de salud (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993). Efectivamente, esta definición pone las bases para la aplicación de las ciencias sociales en el mundo de la salud, entre ellas, la psicología y, en especial, la psicología de la salud, al menos en teoría, puesto que reconoce su importancia dentro del marco sanitario. Como veremos, la aplicación de esta conceptualización no se ha realizado con la prontitud que cabría esperar, y así, ha sido realmente en las dos últimas décadas cuando se ha desarrollado una perspectiva de estudio sobre la salud en los términos en los que la conceptuaba la OMS.

Esta perspectiva podría concretarse en lo que se ha denominado modelo biopsicosocial. Engel (1977) se basa en la teoría de sistemas (Bertalanffy, 1968) para afirmar que la salud y la enfermedad son el resultado de interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales, que podrían situarse a distintos niveles y que, conjuntamente, explican las diferencias en el inicio, la gravedad y el curso de cualquier enfermedad (Engel, 1977, 1980; Schwartz, 1982). Por tanto, los investigadores deberían medir los tres tipos de variables (Peterson, 1984).

Pero esto que parece tan claro y obvio no resulta tan fácil de llevar a la práctica. Efectivamente, como señala Pelechano (1996, pag. 189), *“el problema se encuentra en la delimitación de la importancia relativa de cada una de las variables propuestas para cada tipo de problema o, alternativamente, para delimitar el peso relativo que cada una de ellas desempeña en las campañas de promoción de la salud”*. Esto no significa en absoluto la desestimación de sus postulados, sino un reto que se le presenta a este modelo de trabajo.

Según Gil Roales-Nieto y Luciano (1996), este reto (la plasmación práctica de esta propuesta de conceptualización biopsicosocial) ya se ha alcanzado en psicología (la propia conducta se describe como un fenómeno biopsicosocial). Lo que habría que hacer ahora es dirigir esta conceptualización hacia los profesionales de la salud y los teóricos e investigadores de sus respectivas disciplinas.

---

*psicológico, existan muchas probabilidades de que traicione lo esencial y sustantivo del fenómeno que trata de explicar (pag., 177).*

De igual forma, autores como Marks (1995) coinciden en señalar que existe un amplio reconocimiento de que la salud comprende múltiples facetas muchas de las cuales tienen dimensiones psicosociales. Según este autor, la promoción, mantenimiento y restablecimiento de la salud incluiría procesos psicosociales en la relación entre el individuo, el sistema sanitario y la sociedad.

Pero no sólo el *mundo* científico reconoce la importancia de estas facetas, sino que, también lo que podemos considerar definiciones legas de la salud parecen estar de acuerdo con una perspectiva de este tipo. D'Houtard y Field (1984) informaron de los resultados de un estudio con 4000 personas de un centro de salud en Lorraine (Francia). Preguntaron, en formato de cuestiones abiertas, lo que significaba para ellos salud, siendo la respuesta más común: no estar enfermo, estar en óptima forma física, buen equilibrio físico, buen equilibrio mental y disfrutar de la vida. En 1990, D'Houtard y sus colaboradores, confirmaron estos resultados encontrando que los participantes de un nuevo estudio consideraban salud, entre otras: higiene, condiciones de vida, sentirse bien consigo mismo/a, conocerse bien a sí mismo/a, trabajo, suerte, estar en óptima forma física. Como vemos, hay facetas que no se pueden considerar como efectos exclusivos de los procesos físicos relacionados con la enfermedad.

En la misma línea, Berg, Hallauer, y Berk (1976) pidieron la asignación de pesos de 0 a 10 sobre la valoración de estado de salud y capacidad (50 ítems) en una muestra de 150 trabajadores de la salud de Estados Unidos. El valor máximo lo ocupó ser capaz de usar las capacidades mentales y el menor ser capaz de ir a ver una película. Los resultados son consistentes con la investigación previa, y con los argumentos de Maslow (1954) según el cual una vez que las necesidades biológicas básicas y de supervivencia están cubiertas, las necesidades emocionales y sociales se hacen más importantes. Los autores concluyen que la salud no es sólo un fenómeno biomédico, sino que está involucrado un ser humano social que funciona en un ambiente social con determinados roles sociales que debe cumplir.

Queda claro con todos estos trabajos que el modelo médico debe ir en esta dirección, que debe aplicarse en la práctica médica habitual y no quedar únicamente como una declaración de buenas intenciones. Parece que se va avanzando en esta línea y un ejemplo de ello es lo que se ha denominado psicoimmunología y que está adquiriendo gran relevancia en la última década. Desde esta disciplina se estudian las relaciones entre conducta, cerebro y sistema inmunológico.

Se ha demostrado que hay apoyo para el modelo *biopsicosocial* en algunos casos en enfermedades avanzadas y cuando se toman en consideración largos períodos de tiempo (Keller y cols., 1994). Aunque estos autores señalan que existen limitaciones metodológicas, ya que desarrollar el modelo es extremadamente difícil debido a la complejidad de los sistemas componentes implicados.

Así, por ejemplo, Levy y sus colaboradores (1991) siguieron a 90 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama durante, al menos, cinco años (evaluando antes y después de realizarles una intervención quirúrgica). La enfermedad volvió a resurgir en 29 pacientes. Se encontró que la actividad de las células *NK* (*Natural Killer* o células asesinas naturales) era un potente predictor de supervivencia sin

---

que resurgiera la enfermedad. Pero cuando los resultados eran definidos como el tiempo en que tardaba en resurgir la enfermedad, los factores psicosociales fueron predictores más potentes que la actividad de las células NK. Estos hallazgos subrayan el efecto diferencial en función de los resultados de salud elegidos, incluso dentro del mismo modelo de salud (Keller y cols., 1994).

Se ha tratado de manera preferente la influencia de distintos tipos de estresores (tanto de carácter agudo como crónico) en el sistema inmunológico y el papel modulador que puedan estar jugando factores psicológicos. En ambos casos los resultados parecen apuntar a que existe relación entre la aparición de estos estresores y la reducción de la capacidad inmune. Este hecho parece ser mediado por variables psicológicas como la controlabilidad del estresor, los estilos de afrontamiento y los recursos de afrontamiento disponibles (Borràs, 1992).

Como conclusión a este punto, podemos decir que esta perspectiva parece ser muy prometedora actualmente, lo que nos lleva a cuestionar esa premisa del método científico, derivada del pensamiento de Occam, que apela a la simplicidad antes que a la complejidad a la hora de explicar los fenómenos. Parece que, al menos por lo que respecta a la conducta humana, aquellos modelos que involucran más tipos de variables y relaciones entre ellas, son capaces de describir mejor el funcionamiento humano.

### 2.2.3. PERSPECTIVAS DE FUTURO

Este nuevo modelo *biopsicosocial* supone, por tanto, un espaldarazo para el desarrollo de la psicología de la salud y su inclusión definitiva en el campo sanitario aplicado. Así, empezaría a convertirse en realidad la definición que Matarazzo daba en 1980 (pág., 815) para este área: *“conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina de psicología orientadas a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación etiológica y el diagnóstico relacionado con la salud, enfermedad y disfunciones relacionadas”*. Posteriormente añadiría otra finalidad a esta disciplina y que se refería a la necesidad de análisis y mejora del sistema sanitario y de la formación en política sanitaria (Matarazzo, 1982).

Pero, a pesar de estas buenas perspectivas y del reciente arranque de esta disciplina a nivel científico y aplicado, hay una serie de aspectos criticables (Marks, 1995):

- Su naturaleza derivada tan solo de las teorías psicológicas. Según este autor entender la salud como una subdisciplina de la psicología resulta poco útil, puesto que la salud constituye un campo interdisciplinario de las ciencias sociales, biológicas y de la salud.
- El sesgo individualista, ya que los principales programas de investigación han examinado dimensiones de personalidad individuales como rasgos a correlacionar con conductas de salud y estado de salud, como la fortaleza (Kobasa, 1979), conducta tipo A (Jenkins, Zyzansky y Rosenman, 1979), locus de control en salud (Wallston y Wallston, 1981) o los estilos de afrontamiento (Carver, Scheier y Weintraub, 1989).

- La separación entre la psicología de la salud y las políticas sociales y económicas. En este sentido, la *American Psychological Association* ha creado un grupo especial de psicología de la salud (Ketty y cols., 1989) que recomienda que se integren dentro de los programas de entrenamiento experiencias políticamente relevantes. Este grupo identifica como áreas políticas para la psicología de la salud: necesidades de salud de grupos minoritarios; necesidades de salud para ancianos; cuidado infantil; enfermedades y trastornos específicos; seguridad pública; nutrición; y desarrollo de modelos que consideren los costos de salud, utilización de servicios, calidad de vida, y acceso a servicios de salud.
- La ineficacia para desarrollar medidas adecuadas. Como veremos posteriormente cuando hablemos de calidad de vida, existe un conglomerado de medidas difícilmente comparables entre sí y con escasos estudios estadísticos que las avalen. Por esto, Marks señala la necesidad de validar nuevos instrumentos con la población implicada y de efectuar acercamientos cualitativos, con entrevistas semi-estructuradas y cuestiones abiertas.
- Por último, según este autor, existe una falta de entrenamiento apropiado de los profesionales en psicología de la salud, motivado probablemente por el rápido crecimiento y aplicación apresurada de unos presupuestos que aún no están suficientemente avalados científicamente.

Por último, hay que hacer constar, tal como señala Pelechano (1996), que esta perspectiva tiene como reto especificar el peso relativo que las distintas variables desempeñan en cada momento, puesto que presentar un modelo integrador sin tener esto en cuenta mantiene los mismos problemas que pensaba corregir.

### **3. LA CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA**

### 3. LA CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA

El concepto de calidad de vida se puede considerar plenamente de moda puesto que, desde muchos ámbitos, se proclama la importancia de conseguir o preservar una "sociedad del bienestar". Pero, como casi todas las "novedades", podríamos encontrar antecedentes bastante más lejanos de este tema (por ejemplo, en la historia de la exploración de la búsqueda de la felicidad desde la primera filosofía griega hasta la actual y las ciencias sociales actuales (Morgan, 1934; Barschak, 1951; Tatarkiewicz, 1975; Gallup, 1976; Mason y Faulkenberry, 1978; Andrews, 1981; Parducci, 1984; Veenhoven, 1988, 1989, 1991). Bentham (1834/1983), propulsor del utilitarismo, introdujo la dimensión de bienestar y su medida que definió como "la diferencia de valor entre la suma de los placeres de todo tipo y la suma de dolores de todo tipo que un hombre experimenta en un período dado de tiempo".

A pesar de estas referencias más lejanas en el tiempo, está claro que la calidad de vida se está reivindicando como una prioridad sanitaria en las últimas décadas, y es en la actual, en la que se ha notado un aumento considerable en el número de publicaciones e investigaciones dedicadas a ella desde prácticamente todas las disciplinas, aunque probablemente ha sido desde el campo de la salud, y en concreto, de la psicología de la salud, donde más se ha notado este auge.

#### 3.1. IRRUPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA COMO PRIORIDAD SANITARIA

Por lo que se refiere al contexto académico, la introducción del término *calidad de vida* se remonta al año 1949, en un artículo de Karnofsky y Burchenal en el que se señalaba la importancia del bienestar subjetivo en la recuperación de enfermos de cáncer. Su aparición en la *Medline* data de 1975 y fue aceptado como concepto por el *Index Medicus* en 1977 (De Haess y Van Knippenberg, 1985). Desde entonces, el interés en este tema no ha decrecido en absoluto, al contrario, cada vez es mayor el número de artículos, capítulos y manuales que se editan anualmente en torno a este tema.

En el plano institucional este auge se refleja en la creación por parte de la OMS en 1991 de un departamento de trabajo sobre este particular que es conocido como el Grupo de Calidad de Vida de la OMS (*World Health Organization Quality of Life Group*, 1991, 1993a, 1993b, 1993c, 1994).

Todo este estado de cosas se tenía que reflejar necesariamente en la política sanitaria. Efectivamente la OMS publicó un documento en el que se diseñaba una estrategia global para conseguir "Sanidad para todos en el año 2000" (*World Health Organization*, 1981), que señalaba una serie de objetivos generales que se debían conseguir con respecto a la salud. Dichos objetivos se concretaban en:

- Reducir las desigualdades en sanidad (servicios, tipos, calidad) entre países y entre los diferentes grupos sociales que los constituyen.
- Prolongar la duración de la vida dotada de calidad.
- Resaltar el papel relevante de las actividades de promoción de la salud orientadas hacia la adopción de modos de vida saludables.

---

De estos objetivos hay que destacar dos ideas fundamentales. Por un lado, la importancia que se da a los estilos de vida como promotores de la salud, y de los que ya se ha hablado anteriormente; y, por otro lado, la introducción del concepto de calidad de vida.

Este documento sirvió de inspirador para la creación de planes de salud en distintos países, incluido España (Ley General de Sanidad de 1986). De la misma manera, en Estados Unidos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Human Services*) publicó en 1991 el documento *Healthy People 2000* que reunía los objetivos sanitarios de Estados Unidos para el fin del siglo XX. Al igual que el documento de la OMS, en éste se ofrecen una serie de guías para el nuevo siglo entre las que se incluyen no sólo la reducción de la mortalidad y la prevención sino también el concepto de calidad de vida. *Las metas para el año 2000 no van tanto a procurar que se viva más sino que se viva mejor* (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993).

Aunque estos apuntes puedan resultar interesantes, ya que nos sugiere cuándo arrancó a nivel científico esta área, podría resultar más relevante conocer aquellos hechos que propiciaron el desarrollo del estudio de la calidad de vida.

Uno de los hechos que hay que considerar, y que ya se ha comentado, es el de la irrupción de la enfermedad crónica como el principal problema sociomédico de nuestros días (Lawton, 1991). Ahora nos enfrentamos con tipos de enfermedades de larga duración que además llevan aparejados cuidados permanentes en forma de medicación y restricciones en el régimen de vida. Esto provoca dos consecuencias principales: por un lado, la enfermedad pasa a formar parte de la vida del paciente y de su entorno familiar y sociolaboral, con lo cual, las consecuencias de la misma no son únicamente físicas; en segundo lugar, los tipos de tratamientos se complican, pero los efectos secundarios también pueden llegar a ser muy importantes, con lo que pasa a un primer plano la evaluación de los beneficios que producen unos frente a otros.

Coates y colaboradores (1987), en un estudio con pacientes de cáncer tratados con quimioterapia en el que se les pedía que señalaran efectos secundarios del tratamiento encontró que entre los 15 primeros se incluían: ansiedad, depresión, problemas de sueño y el impacto negativo del tratamiento sobre su familia, trabajo y actividades sociales.

Estos hechos ayudan a sugerir un cambio en la consideración de indicadores "materiales" del bienestar para pasar a una consideración de indicadores psicológicos y sociales en paralelo con los estudios en poblaciones sanas (Bradburn, 1969; Andrews y Withey, 1976; Campbell, Converse y Rodgers, 1976). De hecho, la novedad del tema de la calidad de vida en la salud no es tanto por el uso de este concepto sino más bien por el distinto matiz que tiene en la actualidad. Hasta hace poco tiempo, la calidad de vida no se consideraba una consecuencia de importancia para los enfermos, de manera que durante mucho tiempo, ésta se midió en términos de aumento de la supervivencia y síntomas de presencia de enfermedad, sin ninguna referencia a las consecuencias psicológicas de la enfermedad y los tratamientos (Aaronson, Calais de Silva y cols., 1986; Aaronson, van Dam, Polak y Zittoun, 1986; Gore, 1988; Hollandsworth, 1988).

Como ya señaló Aaronson (1988a y b) en estas enfermedades, la evaluación de las nuevas tecnologías médicas requiere una mayor atención al impacto del tratamiento sobre la salud funcional, psicológica y social del enfermo. Muchos autores han recogido esta sensibilidad y así Ebbs y colaboradores (1989) argumentan que en el caso de condiciones crónicas con mejoras sintomáticas sólo parciales o temporales, es necesaria una valoración comprensiva para determinar los méritos del tratamiento. Sullivan (1992) también señaló que con condiciones incurables, la meta realista del cuidado es ofrecer una vida tan confortable, funcional y satisfactoria como sea posible.

Esto tiene actualmente sentido, dada la incapacidad para curar algunas enfermedades crónicas o la necesidad que existe para evaluar la eficacia de los tratamientos, teniendo en cuenta, además, los graves efectos secundarios que pueden llegar a provocar algunos de ellos. Por ejemplo, la quimioterapia para cáncer de pulmón con metástasis se considera clínicamente efectiva, aun cuando el tratamiento prolonga la expectativa de vida sólo alrededor de seis semanas y aparecen un número significativo de efectos secundarios (Goodwin, 1992).

Pero esta evaluación de la eficacia no debe ser exclusiva de los trastornos crónicos. La medida de los resultados de la intervención sanitaria no debe limitarse a la supervivencia post-intervención, complicaciones e indicadores físicos sino que debe incluir la consideración del impacto de la condición y el tratamiento sobre el funcionamiento emocional y físico del paciente y estilo de vida (Bowling, 1995). Esta idea tampoco es completamente nueva ya que hace algunas décadas se desarrollaron muchas medidas aunque generalmente eran demasiado gruesas y limitadas en gran parte al desplazamiento físico (Karnofsky y cols., 1948; Steinbrocker, Traeger y Batterman, 1949; Katz y Akpom, 1976a, 1976b).

Esta necesidad de evaluación de la eficacia de las intervenciones, como señalamos anteriormente, es más acuciente dada la ineficacia o falta de adecuación de algunos tratamientos. En una investigación con una amplia muestra de pacientes (1302) en tres áreas de los Estados Unidos a los que se les practicaron limpieza de carótidas, se encontró que tan sólo se aplicó por razones adecuadas al 35%, mientras que para un 32% dichas razones eran equívocas y para otro 32%, inapropiadas (Winslow y cols., 1988).

Así, los propios profesionales médicos empiezan a cuestionar ciertas prácticas y *son más conscientes de que la calidad de vida relacionada con la salud, entendida como el impacto que tiene la enfermedad sobre el estilo habitual de vida del enfermo, constituye uno de los parámetros de morbilidad más importantes y un elemento imprescindible a la hora de diseñar los programas terapéuticos* (Belloch, 1996, pag. 81).

Pero no sólo el ámbito médico es el que ha visto la necesidad de un cambio. También resultó determinante para el surgimiento de la evaluación de la calidad de vida, la aparición del movimiento de derechos de los pacientes, su transformación en "clientes" y la exigencia de consentimiento informado por parte de los pacientes (Aaronson, 1988a). Esto queda rubricado por la apreciación que se observa por parte de los usuarios, de que los profesionales de la salud parecen



---

estar más preocupados por los procedimientos que están utilizando que por el bienestar integral de la persona (Belloch, 1996).

Y, por último, podríamos señalar una tendencia creciente en nuestro entorno a reivindicar una sociedad del bienestar. Desde todos los ámbitos, incluyendo el político, éste es uno de los principales retos que se persigue tanto a nivel individual como colectivo.

En vista de esta situación, los estamentos médicos han reconocido ahora que una parte sustancial del cuidado de salud debería orientarse a aumentar la calidad de vida. *“La vieja era de la medicina estaba limitada por procesos biológicos definidos, mientras que la nueva era ambiciona ayudar a la persona globalmente”* (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993, pág. 9).

Por tanto, vemos que en un campo en que el consenso es difícil parece existir un acuerdo básico sobre dos cuestiones: 1) incrementar la duración de la vida y 2) mejorar la calidad de vida (Kaplan, 1985; McDermot, 1981; Nelson y cols., 1983; Ware, 1987).

### **3.2. EL PROBLEMA DE LA DEFINICIÓN Y MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA EN SALUD**

La definición supone (o debería suponer) el punto de partida para la realización de cualquier trabajo de investigación. Siendo así, podríamos presumir que en el tema que tratamos éste es uno de los puntos más claros, puesto que ya hay un cierto volumen de investigación, que debería basarse en una definición consensuada del tema sobre el que se trabaja. Desgraciadamente, esto no es así.

En la calidad de vida, posiblemente sea su definición uno de los puntos menos claros. Al revisar la bibliografía sobre este tema nos encontramos con muchas definiciones que abarcan una multitud de facetas de la vida, o bien, con trabajos que no dan una definición explícita de lo que consideran calidad de vida. En algún trabajo se ha llegado a escribir que la *calidad de vida es una entidad vaga y etérea, algo de lo que mucha gente habla pero que nadie sabe claramente cómo manejar* (Campbell y cols., 1976). Y otros han ido bastante más lejos al sugerir que, a la vista de la multitud de usos, el término calidad de vida debería ser eliminado de nuestro léxico (Annas, 1990).

Parece claro que pese a que la “calidad de vida” es un concepto de límites difusos, también es verdad que se usa en un amplio campo de disciplinas (geografía, literatura, filosofía, economía sanitaria, publicidad, promoción de la salud y las ciencias médicas y sociales) (Bowling, 1991), y su uso tiende a ir en aumento.

Esta falta de unanimidad sobre la significación de calidad de vida se refleja a la hora de su evaluación, lo que ha promovido posiciones hasta de escepticismo en cuanto a su medida debido fundamentalmente a que la mayoría de los investigadores no han operacionalizado sus términos (Kaplan y Anderson, 1990). Veamos una antología representativa de perspectivas.

### 3.2.1. DISTINTAS PERSPECTIVAS EN SALUD

A la hora de establecer los dominios que constituyen la calidad de vida se han seguido varias estrategias. Por un lado, una que podríamos llamar de contenido y que está basada en la revisión de los términos/indicadores que desde distintas perspectivas se usan para denominar calidad de vida, una vez establecidos los cuales se pasa a desarrollar la escala, cuestionario o entrevista que deberían cumplimentar los participantes en el estudio.

Otra estrategia ha sido la de elaborar encuestas de opinión para que sea la población la que defina qué es lo que considera calidad de vida (procedimiento de consenso). Ésta resulta una estrategia muy costosa por lo que ha sido escasamente utilizada. Una derivación de ésta sería la elaboración de una lista de dimensiones que constituirían calidad de vida para que una muestra extraída de una comunidad determinada, asigne distintos pesos a cada dimensión en función de lo que entienden que representa más fiablemente calidad de vida.

En esta línea se sitúa, por ejemplo, el trabajo de Rogerson, Findlay y Morris (1989) que, después de revisar el concepto y encontrar que no había sido desarrollada aún una lista definitiva de criterios de calidad de vida ni tampoco un sistema de pesos aceptables para la incorporación de indicadores objetivos y subjetivos, realizaron una encuesta de opinión, en Gran Bretaña, en la que se evaluaba el grado de importancia que 1200 personas le daban a 20 dimensiones de calidad de vida. En los cinco primeros lugares se situaron: delincuencia con violencia, delincuencia sin violencia, servicios de salud, niveles de polución y coste de la vida. En el mismo sentido se obtuvieron datos en otras investigaciones (Percy-Smith y Sanderson, 1992).

Pero, a pesar de las distintas aproximaciones, hay tres dimensiones a lo largo de las cuales parecen situarse/diferir la mayoría de las definiciones de calidad de vida en salud (De Haess y Van Knippenberg, 1985; Kaplan, 1988):

- consideración global frente a fragmentaria del constructo
- evaluación "objetiva" frente a "subjetiva"
- y explicitación de un concepto general frente a uno específico para cada enfermedad.

Deberíamos añadir a estos tres parámetros otro que ha dado lugar a bastantes discusiones, y es la consideración de la calidad de vida desde una visión positiva frente a una negativa del concepto.

#### 3.2.1.1. UNIDIMENSIONALIDAD FRENTE A MULTIDIMENSIONALIDAD

En cuanto al primer punto, la polémica se centra en si la calidad de vida constituye un concepto unidimensional o multidimensional. En el primer caso se encontrarían aquellos autores para los que calidad de vida representa un constructo global, y por tanto, susceptible de ser evaluada también de manera global. Algunos ejemplos de definiciones que se encuentran en esta línea serían, por ejemplo la de Hunt y McEwen, (1983) que la conceptúan como la valoración

---

subjetiva de la satisfacción vital; la de Winefield (1995) para quien supone un juicio subjetivo sobre lo buena que consideramos nuestra vida; o la de Fayos y Beland (1981) que la consideran como la capacidad subjetiva que se tiene de manejar la propia vida.

En el otro polo se encontrarían aquellos autores que defienden la multidimensionalidad de la calidad de vida. En este caso no se entendería como un único concepto global sino como un constructo formado por una variedad de aspectos, sin perjuicio de que éstos puedan también proporcionar una evaluación conjunta/global.

Dentro de esta perspectiva encontramos gran número de autores y, por tanto, de definiciones. Entre ellos estaría la propuesta de Jenkins (1992) de que la calidad de vida debería incluir referencias de sentimientos (auto-estima, esperanza, no padecer dolor), funciones (físicas, cognitivas, desempeño interpersonal y social) y futuro (pronóstico). Otros autores como Bowling (1991) dejan claro que calidad de vida es un concepto difuso, multidimensional y que teóricamente incorpora todos los aspectos de la vida de un individuo. Esta parece ser la perspectiva dominante, de manera que existe un cierto acuerdo en que la calidad de vida abarca distintos dominios, incluyendo salud física, psicológica y social, que a su vez, son multifacéticos (Bowling, 1991).

De igual manera, cuando se mide calidad vida en relación con enfermedad se atiende a unos aspectos genéricos, con un carácter multidimensional (Ware y cols., 1981; De Haess y Van Knippenberg, 1985; Croog y cols., 1986; Aaronson, 1988b; Follick y cols., 1988):

- 1.- Problemas físicos (sensaciones somáticas, síntomas de enfermedad, efectos colaterales, cumplimiento del plan de vida, medicación).
- 2.- Problemas psicológicos (ansiedad, depresión, estado cognitivo, modo de vida).
- 3.- Interacción social (cantidad y calidad de la relación con los otros, apoyo social, satisfacción sexual, satisfacción laboral).
- 4.- Estado funcional (alerta, actividad, integración laboral).

Pero esto no significa que se desestime una evaluación conjunta y, de hecho, estos autores señalan que junto con estas dimensiones sería útil incluir también una evaluación global de la calidad de vida.

También otros autores se han acercado a esta conceptualización aunque con alguna matización. Así por ejemplo, Lawton (1991), señala que para evaluar la calidad de vida habría que tener en cuenta 4 áreas, que además serían relativamente autónomas: competencia comportamental (salud biológica y funcional, cognición, uso del tiempo, conducta social), calidad de vida percibida (va paralela a la competencia conductual), ambiente objetivo y bienestar psicológico. De igual manera, Ware (1987) ha señalado que hay cinco conceptos inherentes a esta definición: salud física, salud mental, funcionamiento social, papeles funcionales en el mundo social y bienestar general. Aunque concretando aún más, Arnold (1991) señala que la mayoría de los investigadores coinciden en que una

definición de calidad de vida debería considerar las siguientes características: funcionamiento físico y síntomas, funcionamiento emocional y disfunciones comportamentales, funcionamiento intelectual y cognitivo, funcionamiento social y existencia de una red de apoyo, satisfacción con la vida, percepción de salud, situación económica, habilidad para satisfacer intereses (trabajo, hobbies) y ocio, funcionamiento sexual y energía, y vitalidad.

Esta parece ser la perspectiva dominante, ya que la mayoría de los investigadores intentan abarcar, en las medidas que desarrollan para evaluar calidad de vida, esta multidimensionalidad, aunque como hemos visto, los dominios concretos que se sondean pueden ofrecer distintas matizaciones de uno a otro trabajo.

### 3.2.1.2. OBJETIVIDAD FRENTE A SUBJETIVIDAD

Hasta la última década, la calidad de vida era evaluada principalmente por personal sanitario (fundamentalmente médicos) y descrita únicamente en función de criterios médicos, limitados normalmente a la sintomatología física. Las relaciones entre las valoraciones de estos profesionales y las de los pacientes o los familiares sobre su calidad de vida no eran precisamente muy intensas.

Así, autores como Evans y colaboradores (1985) señalan que es importante incluir indicadores subjetivos en la evaluación de los resultados porque no necesariamente se correlacionan con medidas objetivas de su nivel funcional físico. Hay muchos ejemplos de estudios que han encontrado bajos niveles de acuerdo entre profesionales médicos en relación a supuestos hallazgos clínicos y variación en los juicios de unos con respecto a otros (Wigton, 1988).

Un ejemplo de ello es el trabajo de Jachuk y sus colaboradores (1982), en el que la calificación de la calidad de vida después de seguir un tratamiento antihipertensivo por parte de los médicos, familiares y los propios pacientes era bastante dispar, siendo los profesionales médicos los que la describían como mejor. Peores resultados incluso obtuvo Padilla y colaboradores (1981), al igual que han apuntado Slevin y colaboradores (1988) que utilizaron el *Karnofsky Performance Status (KPS)*, el *Quality of Life Index* de Spitzer y el *Linear Analogue Self-Assessment (LASA)*.

También se encuentran diferencias entre la calificación de los médicos y los pacientes en cuanto a los resultados de terapias específicas (Orth-Gomer, Britton y Rehnqvist, 1979; Thomas y Lyttle, 1980; Jachuck y cols., 1982; Slevin y cols., 1988). Hay gran volumen de estudios empíricos que comparan calificaciones de médicos y pacientes y preferencias de unos y otros sobre el tipo de tratamiento, de los que parece entresacarse que los sentimientos, valores y opiniones de los pacientes tienden a no ser asumidos por los profesionales médicos.

Esto ha llevado a numerosos autores a considerar la calidad de vida como una experiencia altamente subjetiva y, por tanto, a encontrar más adecuado para su evaluación un acercamiento también subjetivo (por ejemplo, Ziller, 1974; Edlund y Tancredi, 1985; Guyatt, Berman y cols., 1987; Guyatt, Walter y Geoff, 1987;

---

Guyatt, Townsend y cols., 1987; Guyatt, Nogradi y cols., 1989; Guyatt, Mitchell y cols., 1989; O'boyle y cols., 1989, 1992).

El Grupo de Calidad de Vida de la OMS (*World Health Organization Quality of Life Group*, 1991, 1993a, 1993b, 1993c, 1994) ha dado una definición de calidad de vida que toma en cuenta la percepción individual y la relación con el ambiente: *calidad de vida está definida como una percepción individual de la posición (del enfermo) en la vida y en el contexto de la cultura y sistema de valores en que viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses. Es un concepto de amplio espectro influido de manera compleja por la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y la relación del individuo con características relevantes de su ambiente (World Health Organization Quality of Life Group, 1993b).*

Algunas definiciones que podrían situarse dentro de esta corriente serían por ejemplo la de Hörnquist (1982), para quien la calidad de vida está representada por el grado de satisfacción percibida de las necesidades humanas en sus distintas áreas (física, psicológica, social, de actividad, marital y estructural)<sup>4</sup>.

Algunos autores van más allá al señalar que el significado del concepto de calidad de vida depende de la persona que use el término, de cómo lo entienda y de su posición social y política (Edlund y Tancredi, 1985). En una investigación de Cox y colaboradores (1987), el *National Health and Lifestyle Survey* (Gran Bretaña), se encontró que, mientras los participantes veían la pobreza o la enfermedad como determinantes de la salud en su consideración social, no las asociaban con estados de salud precarios en su propia vida. Lo mismo ocurría respecto a conductas concretas como fumar o practicar ejercicio físico.

Los fenomenólogos, por su parte, argumentan que la calidad de vida depende de la interpretación y de las percepciones del individuo (Ziller, 1974). De hecho la enfermedad o la salud de una persona viene dada por sus sentimientos de dolor y sufrimiento, o por percepciones de cambio en el funcionamiento normal y sus sentimientos, de manera que la utilización de los servicios de salud está asociada en mayor medida con la percepción subjetiva de síntomas y sentimientos que con su condición médica real (Mechanic, 1962; Goldberg y Huxley, 1980). Por esto, cada vez más, hay un reconocimiento (por parte de los investigadores de los servicios de salud) de que las medidas que evalúen los resultados de salud deben tener en cuenta la visión del paciente, no sólo en cuanto a la eficacia del tratamiento sino también globalmente, con relación al bienestar físico y mental percibido como consecuencia de la intervención. Por tanto, estas medidas deben tener en cuenta tanto el modelo biológico de enfermedad tradicional como la perspectiva del paciente.

---

<sup>4</sup> Esta es una reminiscencia de la jerarquía de necesidades de Maslow (1954, 1962a, 1962b): fisiológicas, de seguridad, sociales y de pertenencia, ego, status y autoestima y auto-actualización. Pero ha habido poco interés en comprobar esto de manera crítica, aunque algunos trabajos parecen apoyar esta hipótesis (por ejemplo, Berg y cols., 1976).

Como reafirmación de esto, podemos comprobar que los Indicadores subjetivos (basados en autoescalas) de calidad de vida, son cada vez más populares debido al reconocimiento de la importancia de la satisfacción del paciente y de cómo el individuo siente; los indicadores clínicos biológicos de los resultados de la salud no son suficientemente amplios, más aún si tenemos en cuenta el debate acerca de si sobrevivir en un estado vegetativo es mejor o peor que morir (ver Jennett, 1976).

Las discrepancias entre el punto de vista médico y el del paciente no sólo se encuentran en cuanto a la evaluación de la calidad de vida sino también en aspectos tan relevantes como la elección del tratamiento. Resultados de distintas investigaciones han encontrado que no todos los pacientes desean elegir el tipo de tratamiento y que cuando lo hacen, éste no es siempre el recomendado por los clínicos (Wolberg y cols., 1987; Wilson, Hart y Dawes, 1988; Fallowfield y Hall, 1991; Wolberg, 1991).

En la elección del tratamiento, como muestra la revisión hecha por Byrne (1992), aparecen distintas actitudes dentro de los grupos de pacientes. Mientras que parece haber acuerdo en investigaciones con distintas condiciones de enfermedad en el sentido de que determinados estados de salud son peores que la muerte (por ejemplo, coma permanente, demencia grave, pérdida de habilidades funcionales esenciales, Pearlman, Cain y Patrick, 1993), este acuerdo no se da entre enfermos y clínicos sobre la elección del tratamiento. Trabajos como los de Schneiderman y colaboradores (1993) y el de Liddle, Gilleard y Neil (1993) muestran que la mayoría de los enfermos y familiares deseaban una reanimación aunque pocos médicos estaban de acuerdo con realizarla.

Como conclusión, podemos decir que parece haber un creciente interés por la utilización de las dos perspectivas. Esto ha resultado ser muy valioso, como se ha reflejado en trabajos como el de Coates y colaboradores (1987), donde gracias a la evaluación subjetiva de los efectos secundarios del tratamiento en enfermos de cáncer, se detectaban y valoraban tipos de consecuencias psicosociales que no se habían descrito anteriormente. Por tanto parece que la integración de la visión objetiva y de la subjetiva nos puede acercar más a lo que realmente sucede en la calidad de vida. Así, por ejemplo, Lawton (1991, pag. 6) habla de una *evaluación multidimensional, por criterios intrapersonales y social-normativos, del sistema persona-ambiente en el pasado, presente y futuro*, mientras que Bowling (1995), considera que las medidas de resultados de salud en el futuro van a demandar evaluaciones cada vez más frecuentes y con mayor peso desde el punto de vista del paciente.

### 3.2.1.3. GLOBALIDAD FRENTE A ESPECIFICIDAD

Este continuo se refiere básicamente al nivel en el que vamos a situarnos a la hora de evaluar la calidad de vida: si la calidad de vida es un concepto genérico, evaluado tan solo con un instrumento único susceptible de ser cumplimentado y aplicado para todo tipo de condición médica, o si por el contrario,

---

debe generarse y diversificarse para cada condición y generar instrumentos distintos en cada caso.

Esto no supone necesariamente una dicotomía excluyente, sino que más bien se trata de un continuo, ya que es difícil encontrar el polo puro de la especificidad. Específico ¿hasta dónde? ¿en cuanto al tipo de enfermedad? ¿en cuanto al tipo de tratamiento?. Probablemente sea más correcto hablar de instrumentos más o menos específicos, más aún, cuando la medicina parece que intenta cambiar su “objeto” de estudio pasando de “la enfermedad” en general a “los enfermos” en particular. Esto supone entender el hecho diferencial de estar enfermo, por lo tanto, también debe capturar el hecho diferencial del modo en que cada enfermo aprecia su calidad de vida. Esto vendría avalado por las distintas investigaciones y autores que señalan la incidencia que pueden tener sobre la apreciación de la salud y de la calidad de vida diferencias de tipo socio-cultural (por ejemplo, Edlund y Tancredi, 1985; Cox y cols., 1987; Heyrman y Van Hoeck, 1993).

Por un lado, el punto de vista globalista sería necesario a la hora de comparar distintas condiciones o el efecto diferencial de distintos tratamientos sobre el mismo grupo de enfermos. En esta línea se encontraría por ejemplo, el acercamiento del grupo de Kaplan, entre otros, y su propuesta de los QALYS (*Quality-Adjusted Live-Years*), que tratan de comparar los beneficios que ofrecen distintos programas de tratamiento. Igualmente, Hutchinson y Fowler (1992) destacan la importancia de los instrumentos genéricos a la hora de identificar aspectos de condiciones específicas de una enfermedad que son esenciales para la medida de resultados. También en esta línea podríamos citar pruebas ya tradicionales como el *Sickness Impact Profile* (SIP) (Bergner y cols., 1981) o las baterías RAND (Stewart y Ware, 1992; Ware y cols., 1993). En estos últimos años, destacaríamos la insistencia por encontrar escalas que demuestren una validez transcultural, intentando demostrar así la universalidad del significado de calidad de vida (por ejemplo, Power y cols., 1999; Rustoen y cols., 1999).

El punto de vista específico tiene la ventaja de evitar cuestiones irrelevantes y maximizar la posibilidad de detectar cambios clínicamente significativos (Bowling, 1995; Ren y cols., 1998; Bradley y cols., 1999). Por ejemplo en cáncer, se ha considerado que las experiencias físicas y nocividad de los tratamientos de cáncer son muy diferentes de los de otras condiciones, por lo que se ha considerado más adecuado crear escalas específicas para cáncer (Bowling, 1995), aunque esta rotulación puede ser engañosa dado que bajo el nombre de cáncer se incluyen unas 100 enfermedades distintas (Ganz y cols., 1992).

Pero, como casi siempre, parece que la opción por la que se deciden la mayoría de los autores es la de aprovechar los beneficios que aportan los dos tipos de acercamientos. Así, por ejemplo, Guyatt, Bombardier y Tugwell (1986), aunque son partidarios de las medidas genéricas, señalan que éstas deben ser acompañadas de medidas específicas para detectar cambios clínicos pertinentes en cada condición. Por su parte, Bowling (1995), aunque defiende el uso de pruebas específicas, destaca que no se deben obviar las medidas genéricas o, al menos, de una puntuación genérica que permita comparaciones intra e intergrupos

de especialidades y/o condiciones médicas. En este mismo sentido, otros estudios (Ren y cols., 1998) han apuntado que mientras las medidas genéricas son útiles para evaluar y comparar distintas condiciones, las específicas son más útiles a la hora de evaluar el seguimiento médico y las limitaciones asociadas con condiciones específicas de una determinada enfermedad.

#### 3.2.1.4. VISIÓN POSITIVA FRENTE A NEGATIVA EN CALIDAD DE VIDA

Esta disyuntiva arrancaría desde la propia conceptualización de salud, puesto que tal como se consideraba hace algunas décadas, la salud era *la ausencia de enfermedad*, mientras que actualmente, y siguiendo la definición de la OMS, se considera el *bienestar físico, psicológico y social* como una aspiración fundamental dentro del campo de la salud.

Autores como Kaplan (1985) se situarían en la primera conceptualización al definir calidad de vida como el *impacto de la enfermedad y la discapacidad sobre el funcionamiento diario* (pag. 116). De la misma manera, la mayoría de los instrumentos de estado de salud intentan medir desviaciones del estado de salud y están realmente midiendo el bienestar de los enfermos, la ausencia de enfermedad o síntomas, reflejando raramente la definición global de la OMS que se ha presentado y comentado más arriba, cosa que se está intentando subsanar, explícita o implícitamente, en acercamientos más recientes al desarrollo de escalas (Bowling, 1995).

Gradualmente, las definiciones de salud, como calidad de vida relacionada con salud, han cambiado de un modelo de enfermedad a otro que incorpora salud y bienestar. Así, por ejemplo, Harwood (1976) la define como: *la totalidad de aquellos bienes, servicios, situaciones y estados de cosas que constituyen los elementos básicos de la vida humana y que se consideran necesarios y deseables*.

Este auge de la visión positiva frente a la negativa, se ve reflejado en los tipos de evaluaciones de salud y consecuencias de enfermedad desarrollados en los últimos años, como es el caso de Hyland y Kenyon (1992) que han desarrollado la *Satisfaction with Illness Scale*, y Argyle, Martin y Crossland (1989) que han hecho lo propio con la *Oxford Happiness Scale*.

Por otra parte, la concepción negativa de las medidas de salud parece más apropiada cuando se mide en poblaciones con enfermedades graves y menos en investigaciones con la población en general. Incluso en estudios de enfermedades específicas, en los que las medidas negativas de salud son apropiadas, también se deberían incluir medidas positivas para evaluar resultados en relación con el grado de bienestar, tanto como al estado de la enfermedad (Bowling, 1995).

Una visión que tendría en cuenta tanto la visión positiva de la calidad de vida como las limitaciones a la misma podría ser la de Walker y Rosser (1988), que la definen como la *amplia gama de características físicas y psicológicas y de limitaciones que describen la capacidad del individuo para funcionar y derivar satisfacción de ello*.



### 3.2.1.5. UNA POSIBLE PERSPECTIVA UNIFICADORA

A pesar de la falta de entendimiento que parece existir en determinados aspectos relacionados con la calidad de vida, está claro que su estudio y medida es, a todas luces, necesario. Esta necesidad se concreta en una serie de ventajas que tendrían las medidas de estado de salud y calidad de vida:

- 1) Medir los efectos de las intervenciones sobre el cuidado de la salud (Ware y cols., 1981; Arnold, 1991) y evaluar el impacto de los tratamientos sobre la calidad de vida (Taylor, 1991).
- 2) Evaluar la calidad del cuidado (Ware y cols., 1981; Arnold, 1991).
- 3) Estimar las necesidades de la población (Ware y cols., 1981; Arnold, 1991); para tomar decisiones políticas (Taylor, 1991); comparar el impacto de diferentes enfermedades crónicas sobre los costos de la sanidad y evaluar la relación costo-beneficio de diferentes intervenciones (Kaplan, 1985).
- 4) Mejorar las decisiones clínicas (Ware y cols., 1981; Arnold, 1991).
- 5) Estudiar las causas y consecuencias del estado de salud y calidad de vida (Ware y cols., 1981; Arnold, 1991); concretar qué problemas específicos surgen para los pacientes con enfermedades concretas (Taylor, 1991).
- 6) Estudiar el impacto del ambiente sobre la calidad de vida (Arnold, 1991).

Por lo que se refiere a la medida de la calidad de vida parece haber un cierto acuerdo en las características que debería tener un instrumento ideal (según Donovan, Sanson-Fisher y Redman, 1989):

- 1) Debe asentarse sobre una conceptualización de calidad de vida: incluir ítems de las áreas física, funcional, psicológica y social; utilizar ítems y respuestas alternativas capaces de reflejar aspectos positivos y no sólo ausencia de negativos.
- 2) Poseer fiabilidad y validez adecuadas.
- 3) Ser sensible al cambio: a) tener un número razonable de ítems total y al menos 5 por área; b) incluir alternativas de respuesta múltiple; c) proporcionar puntuaciones por subescalas/áreas.
- 4) Basarse en datos generados por los enfermos y usar autoinformes.
- 5) Ser aceptables para pacientes y personal en cuanto a: (a) tiempo de administración breve; (b) fácil de administrar y puntuar; (c) ser comprensibles para la mayoría de la población; (d) que los ítems resulten relevantes para los encuestados.

Inciendo en este punto, Kaplan (1985), ha señalado que hay cierto consenso en que la medida debe tener una clara base conceptual, fiabilidad y validez, y que es importante que sea capaz de tener en cuenta el tiempo (duración de la condición y/o de la expectativa de vida), puesto que diferentes enfermedades en cuanto a gravedad y cronicidad pueden tener iguales consecuencias en un momento determinado.

En una revisión reciente de la bibliografía sobre el tema, Fitzpatrick (2000) señalaba el énfasis creciente por demostrar las cualidades metodológicas de las

medidas de calidad de vida, en particular en lo referente al examen psicométrico de la validez y otras propiedades. De la revisión realizada extraía ocho criterios fundamentales que deberían usarse por parte de los investigadores para seleccionar las medidas: conveniencia (propiedad), fiabilidad, validez, sensibilidad, precisión, interpretabilidad, admisibilidad y viabilidad.

Las diferencias entre los primeros resultados de las investigaciones que incorporaban calidad de vida relacionada con salud, y la investigación en los últimos años, se podrían concretar en:

- Una perspectiva más amplia (multidimensional) que intenta abarcar todas las áreas de la vida, junto a una evaluación global.
- La medida de los resultados del cuidado de salud avanza hacia el desarrollo de medidas de calidad de vida específicas para cada condición médica, sin olvidar una evaluación genérica que permita comparaciones entre distintas condiciones.
- Importancia del punto de vista del paciente, aunque complementado con una visión más “objetiva” de su situación (participación de otros significativos y cuestiones más referidas a signos que a síntomas).
- Utilización de instrumentos en los que existan cuestiones abiertas, que intenten medir las concepciones que los enfermos tienen de su calidad de vida sin estar limitadas por las definiciones de los investigadores.

Por tanto, parece que se ha avanzado hacia una mayor complejidad en los métodos de estudio, y quizá sea esta característica la que nos pueda acercar a lo que significa calidad de vida para distintas personas en distintas circunstancias. Dando un salto teórico un poco más arriesgado, también podríamos decir que la simplicidad por la que abogaba Occam no parece ser el camino más prometedor para acercarnos a la realidad. Estamos más de acuerdo con Pelechano (1996) cuando señala que la diferenciación humana, al igual que la aceptación de modelos distintos de estar en el mundo y, por tanto, de estar “sanos” es el gran reto de nuestra sociedad y, en particular, de esta disciplina. *Es muy posible que el patrón de una salud perfecta posea componentes socio-culturales e históricos que representen una fuente de diferenciación entre seres humanos y cuyo poder para la supervivencia y calidad de vida sea asimismo distinto. Al igual que se está enfermo de muchas maneras asimismo puede estarse “sano” de muchas maneras* (pag. 212).

### 3.2.2. PRUEBAS MÁS REPRESENTATIVAS

Autores como Kaplan (1985), señalan la existencia de dos enfoques fundamentales a la hora de llevar a cabo una evaluación de la calidad de vida. Uno, que denomina *acercamiento psicométrico* y el otro, *acercamiento de la teoría de la decisión*. En el primer caso se encuentran aquellos estudios en los que un conjunto de items reflejan las diferentes formas de enfermedad y discapacidad que pueden afectar el funcionamiento diario. Posteriormente, estos items se pasan a una amplia muestra y los datos obtenidos son sometidos a análisis multivariado. El

---

resultado son una serie de escalas y subescalas de las cuales se puede extraer un perfil que mostrará las puntuaciones individuales sobre una serie de dimensiones. Los dos instrumentos más usados en esta aproximación han sido el SIP (*Sickness Impact Profile*) y el ADL (*Activities of Daily Living*). Según Kaplan, los problemas relevantes de este acercamiento son que no integra datos de morbilidad y mortalidad, no refleja la evaluación de distintos estados de salud a lo largo del tiempo y “no rastrea la salud sobre una dimensión simple, de manera que sean comparables datos de estudios que provean objetivos específicos diferentes”.

Como alternativa surge el *acercamiento de la teoría de la decisión*. Una cuestión fundamental en este acercamiento es que es necesario obtener una puntuación simple de manera que se puedan comparar programas de salud con diferentes objetivos concretos de salud. Según Kaplan (1985), los mediadores del estado de salud incluyen: variables cognitivas y sociales tales como conocimiento, afrontamiento y apoyo social (Sarason y cols., 1983), factores ambientales, tales como polución, ruido, exposición (Cohen y cols., 1980) y el estado del sistema inmunológico (Biondi, 1985). Además se podrían incluir estados de enfermedad. Kaplan también señala que habría considerable variabilidad en la manera en que las mismas enfermedades afectan el funcionamiento o calidad de vida.

En este acercamiento se encuadra la propuesta denominada *Quality-Adjusted Life-Years (QALYS)*. Dentro de ella se puede citar el índice de Rosser aplicado en Inglaterra (Williams y Kind, 1972; Kind y colaboradores, 1982; Rosser, 1992), el de Kaplan en Estados Unidos (Kaplan y Bush, 1982; Kaplan, 1985) y el desarrollado en Canadá (Torrance y colaboradores, 1982; Torrance, 1986, 1987). Con este sistema, se expresan los beneficios de distintos programas mostrando los “buenos años” de vida que cada uno produce (Kaplan, Bush y Berry, 1976; Kaplan y Anderson, 1988a, 1988b) denominada por los autores como *Quality-Adjusted Life-Years (QALYS)*. Para determinar el estado de salud se tienen en cuenta dos aspectos: por una parte, los niveles funcionales en actividad social, movilidad y actividad física; y por otra, un conjunto de síntomas/problemas físicos con una fórmula que combina una puntuación de calidad del bienestar, usando pesos determinados consensualmente. El valor resultante nos permite saber la proporción de vida normal que se ha perdido a causa de las condiciones de la enfermedad.

Pero, aunque esto supone un acercamiento esperanzador a la evaluación de la eficacia comparativa de distintos tratamientos, según Bowling (1995) existen graves insuficiencias conceptuales y sobre la validez de estos tipos de escalas, además de que los datos de fiabilidad y validez que existen están basados en muestras no representativas de la población, con altas tasas de falta de respuesta en distintos ítems de los que componen la instrumentación propuesta.

En suma, ninguna medida es útil para todos los propósitos, sino que las características de una medida deseable dependen del objetivo de la medición, la población de interés y los recursos disponibles para obtener los datos (Arnold, 1991). A continuación presentamos algunas de las pruebas más representativas y usadas en la evaluación de calidad de vida con sus características fundamentales.

MEDIDAS GENERALES DE CALIDAD DE VIDA				
ESCALA AUTOR	CATEGORÍAS EVALUADAS/ PERSONA QUE EVALÚA	OBJETIVOS GENERALES	CUALIDADES PSICOMÉTRICAS Y DE USO	INCONVENIENTES
<b>KPS</b> Karnofsky Performance Status (Karnofsky y cols., 1948)	Rango simple sobre estado de actividad funcional de 0 (muerte) a 100 (vida normal). Objetiva (profesional).	Medir estado de actividad funcional.	Baja fiabilidad aunque ha mostrado correlación con supervivencia en cáncer de pulmón. Resulta muy fácil de aplicar.	Baja fiabilidad. Requiere juicios subjetivos del médico. Evalúa sólo estado de actividad funcional. Su uso ha sido mayor en cáncer.
<b>ADL</b> Index of Activities of Daily Living (Katz y cols., 1963)	Mide independencia en: autocuidado, movilidad independiente, síntomas y ajuste social. Objetiva (profesional).	Medir estado de actividad funcional (niveles de funcionamiento).	Buena fiabilidad y validez. Correlaciona con medidas físicas y supervivencia a largo plazo. Ofrece una puntuación general.	No discrimina en el polo positivo de calidad de vida. Evalúa sólo estado de actividad funcional. Util sólo para ancianos e institucionalizados pero no para la población general.
<b>SIP</b> Sickness Impact Profile (Bergner y cols., 1976, 1981)	Doce categorías agrupadas en: categorías independientes, físicas y psicosociales. Subjetiva.	Evaluar la efectividad de servicios de salud y dar información para evaluación, planificación de programas y formación política.	Alta validez convergente y discriminante. Correlación con medidas de disfunción. Consistente perfil de disfunción para diagnóstico principal.	Presenta una evaluación de calidad de vida desde el punto de vista negativo.
<b>QLI</b> Quality of Life Index (Spitzer y cols., 1981)	Cinco dimensiones: nivel de actividad, actividades vida diaria, sentirse sano, apoyo social y estado psicológico. Subjetiva.	Medir bienestar general.	Validez adecuada para enfermos.	Validez adecuada para enfermos pero no para sanos. Acento en el funcionamiento físico.
<b>MHIQ</b> McMaster Health Index Questionnaire (Chambers y cols., 1982)	Funcionamiento físico, emocional y social. Subjetiva.	Medir salud según la definición de la OMS de 1948 (no meramente la ausencia de enfermedad).	Adecuada aunque no elevada fiabilidad y consistencia.	Fiabilidad y consistencia bajas.
<b>QWBS</b> The Quality of Well-Being Scale (Kaplan y Bush, 1982)	Mide 3 dominios: movilidad, actividad física y actividad social (incluyendo cuidado personal). Subjetiva.	Expresar los beneficios del cuidado médico, intervención conductual o programas preventivos y compararlos en términos de los "años de buena vida" que producen.	Alta fiabilidad. Correlaciona con evaluaciones clínicas.	No ofrece puntuaciones sobre áreas específicas de calidad de vida.

MEDIDAS ESPECIFICAS (EN FUNCION DEL TIPO DE ENFERMEDAD) DE CALIDAD DE VIDA				
ESCALA AUTOR	CATEGORIAS EVALUADAS/ PERSONA QUE EVALÚA	OBJETIVOS GENERALES	CUALIDADES PSICOMÉTRICAS Y DE USO	INCONVENIENTES
<b>EORTC QLQ</b> European Organization for Research on Treatment of Cancer (Aaronson y cols., 1986)	Síntomas específicos de enfermedad para cáncer, efectos colaterales del tratamiento, sufrimiento psicológico, funcionamiento físico, interacción social, sexualidad, imagen del cuerpo, salud global y calidad de vida y satisfacción con el cuidado médico. Subjetiva.	Desarrollar una medida de calidad de vida breve y estandarizada que pudiera usarse en investigaciones internacionales sobre cáncer.	Discrimina entre grupos de tratamiento y tipos de cáncer. Sensible a cambios clínicos. Correlaciona con el SIP y el CARES (escala específica para cáncer). Elevada consistencia interna.	Se le critica ser excesivamente restrictiva, ignorando gran parte del impacto del cáncer en áreas tales como: vida social, autoconcepto y autestima, afrontamiento y ajuste.
<b>RAND</b> Diabetes Mellitus Battery (Brook y cols., 1981)	Contiene cuestiones sobre diagnóstico, tratamiento, control e impacto de la enfermedad. Evalúa el impacto de la diabetes a través de preguntas sobre dolor, preocupación, restricciones de la actividad y días en cama. Subjetiva.	Evaluar el impacto de la diabetes.	Es breve y puede usarse junto a otras escalas.	No es multidimensional.
Quality of Life Assessment (Parfrey y cols., 1989)	Es una mezcla de medidas nuevas y baterías ya existentes. Contiene items sobre síntomas, afecto, calidad de vida subjetiva, bienestar, satisfacción con la vida y funcionamiento. Subjetiva.	Evaluar la calidad de vida en enfermos renales terminales.	Sensible a cambios, buena validez de constructo y alta fiabilidad. Resulta adecuada su administración dada su brevedad.	Se restringe a síntomas, afecto, satisfacción con la vida... dejando fuera áreas importantes de calidad de vida. Sus cualidades psicométricas están todavía poniéndose a prueba.

### 3.2.3. PROBLEMAS Y/O DEFICIENCIAS

Como resumen de todo lo dicho y punto de partida de nuestro trabajo, es importante señalar aquellas deficiencias que han presentado hasta ahora la mayoría de los estudios de calidad de vida y que deben ser tomadas en cuenta al trabajar en este campo.

En primer lugar, situándonos más en un plano teórico-conceptual, autores como Lawton (1991) señalan básicamente dos: la confusión de contenidos y niveles de generalidad y el acento escaso en el polo positivo del concepto. A lo largo de este trabajo hemos podido constatar este hecho y, desde luego, los estudios futuros sobre calidad de vida, incluido el presente, deben intentar subsanar estas deficiencias. Por otro lado, Rosenberg (1992), señalaba que la operacionalización de la calidad de vida en subcomponentes (estado emocional, interacción social), si bien incorpora la naturaleza multidimensional del ser humano, no captura su subjetividad. Asimismo Brock (1993), encuentra que la necesidad de desarrollar medidas válidas para usar con muestras grandes y variadas provoca que se hagan concesiones y simplificaciones de cuestiones importantes. Desgraciadamente este problema parece inherente a todos los estudios científicos en psicología (y nos tememos que en todas las áreas científicas).

Otras carencias significativas en los estudios sobre calidad de vida han sido, por ejemplo, la ausencia de análisis causal sobre los determinantes de la calidad de vida (De Haess y Van Knippenberg, 1985) o el bajo acuerdo entre el contenido de las medidas y de cómo éstas se relacionan con definiciones conceptuales como moral y bienestar psicológico (McDowell y Newell, 1987).

Asimismo han existido algunos problemas metodológicos importantes en muchos estudios publicados. Uno de ellos es que las relaciones entre indicadores objetivos y subjetivos no son generalmente fuertes (McDowell y Newell, 1987). Por ejemplo, Hunt (Hunt y cols., 1980) encontraba que los pacientes entrevistados acerca de su calidad de vida, contestaban positivamente en el 100% de las ocasiones a sus médicos mientras que lo hacían negativamente en el 99% de las ocasiones ante sus familiares. En este sentido se señala que la aquiescencia es una fuente de error muy importante en los cuestionarios de calidad de vida (Moun, 1988). De la misma manera Pearlman y Uhlmann (1988) encontraron bajas correlaciones entre la estimación de la calidad de vida de los pacientes y la de sus médicos.

Por último, muchas medidas de calidad de vida y satisfacción con la vida son psicométricamente débiles (McDowell y Newell, 1987), o incluso no presentan datos sobre fiabilidad y validez (De Haess y Van Knippenberg, 1985). A esto se unen otros problemas como el uso de muestras pequeñas o la poca atención a las variables demográficas (De Haess y Van Knippenberg, 1985).

Como conclusión, podemos decir que a pesar del importante volumen de investigaciones que se han realizado en torno al tema de la calidad de vida en las últimas décadas, los resultados alcanzados no han tenido una aplicación práctica inmediata. Así, la *Food and Drugs Administration* de los Estados Unidos (FDA)

---

considera que el estado de las técnicas de medida de calidad de vida es demasiado inmaduro para merecer incluirlo obligatoriamente en pruebas clínicas dirigidas a permitir el uso de los fármacos (Luce, Wechsler y Underwood, 1989). Y hay que señalar que esta decisión de 1989 todavía está en vigor. Una de las maneras de mejorar este estado de hechos consiste en llevar a cabo estudios que permitan ir afinando instrumentos y resultados.

### **3.3. MARCADORES RELEVANTES MÁS FRECUENTES**

No se pretende aquí hacer una revisión en profundidad de todos los indicadores posibles de calidad de vida, que como hemos visto, varían en función de la orientación del autor, sino que intentamos acercarnos al estudio de los más utilizados.

#### **3.3.1. MARCADORES FÍSICOS**

Podemos considerar éste como uno de los puntos que menos controversia genera, puesto que prácticamente todos los autores lo incluyen como categoría, dentro de los indicadores de calidad de vida. El punto de discrepancia podría situarse en la importancia que cada autor concede a las características físicas como determinantes de la calidad de vida.

En los primeros momentos del surgimiento de la calidad de vida como fin terapéutico, ésta se entendía exclusivamente como una serie de características objetivas que eran evaluadas por el personal sanitario (normalmente los médicos). Estas características eran fundamentalmente signos y síntomas físicos de su enfermedad.

Si hacemos una revisión de las definiciones de calidad de vida, nos encontraremos que en la mayoría de ellas se señalan explícitamente indicadores físicos como determinantes o codeterminantes de calidad de vida. Esto no es de extrañar si tenemos en cuenta que el desarrollo actual de este concepto deriva del campo de la salud y, en concreto, de la evaluación del estado de salud. Así, por ejemplo, Bowling (1995, pag. 7), señala que *hay un cierto acuerdo en que la calidad de vida en el mundo de la salud incluye salud física, psicológica y social y que cada uno de estos dominios es multifacético. Un concepto de calidad de vida que se refiere a salud es claramente dependiente del concepto de salud y de estado de salud que se está utilizando.*

De igual manera, otros autores señalan explícitamente la contribución de las características físicas en la conceptualización de calidad de vida. Así, por ejemplo, para Follick y colaboradores (1988), la calidad de vida representa el estado psicológico además de los síntomas y la mortalidad; para Fitzgerald y colaboradores (1993), la calidad de vida es un constructo en el que se incluyen dolor, afecto negativo y satisfacción con la vida, y para Liu (1974) simplemente es la suma de 2 factores: el físico y el espiritual. Como rúbrica, Arnold (1991) hace notar que el estado de salud siempre se considera un componente clave de calidad de vida en las definiciones que aparecen en la literatura sobre el tema.

En cuanto a la evaluación, empezando por el índice de Karfnosky, que además se constituye en una de las pruebas más usadas, vemos que prácticamente todas las pruebas que estudian calidad de vida incluyen items referidos a sintomatología física. Algunos autores han planteado incluso la posibilidad de identificar pacientes con mayor probabilidad de mejorar su puntuación en el *Sickness Impact Profile* (otra de las pruebas ampliamente usadas en este campo), teniendo en cuenta que dependiendo de la severidad inicial de la enfermedad cambios similares en la misma tienen diferentes impactos sobre su calidad de vida (Ferrucci y cols., 2000).

Como conclusión se puede señalar que si bien el estado biológico de salud influye en la calidad de vida, no la determina del todo en la mayor parte de los casos (Bowling, 1995), y que, tal como señalan Morris y Sherwood (1987), hay poco trabajo teórico que justifique el supuesto de que el "funcionamiento normal" es necesario para una buena calidad de vida, ya que existe evidencia de altos niveles de satisfacción en personas con discapacidad física. De hecho, trabajos más recientes (Smith, Avis, y Assmann, 1999; Singer, Hopman y MacKenzie, 1999; Martin y Thompson, 2000) siguen demostrando que estado de salud y calidad de vida son constructos diferentes.

### 3.3.2. MARCADORES COGNITIVOS

La inclusión de estos índices se ha producido en mayor medida en la evaluación de trastornos de tipo psicológico o de salud mental, mientras que en la evaluación de calidad de vida en general, a pesar de que aparecen en algunas definiciones, se ven reflejados en muy pocas pruebas.

En el caso de las definiciones de calidad de vida, el funcionamiento cognitivo suele aparecer de manera muy global como funciones intelectuales, capacidad cognitiva en general o salud mental. Ejemplos de esto son la visión de Pearlman y Uhlman (1988) para quienes la calidad de vida incluye: funciones físicas, funciones intelectuales, función social y percepción y estado de salud; o la de Wicklund y colaboradores (1992) que la definen como el *agregado de síntomas, funcionamiento físico, salud mental y productividad (situación laboral)*. Pero han sido incluidas en muy pocas pruebas que no fueran destinadas a la evaluación de la salud mental.

### 3.3.3. APOYO SOCIAL

Éste es uno de los indicadores de calidad de vida especialmente recomendados por una serie de autores<sup>5</sup> pero, desgraciadamente, esto no ha

---

<sup>5</sup>Así, por ejemplo, Arnold en 1991, señalaba que dentro de los aspectos que se debían considerar para definir la calidad de vida habría que incluir el funcionamiento social y la existencia de una red de apoyo. Shaw en 1977 lo cuantificó con una fórmula en la que la calidad de vida (QL) es un producto de la cualidad natural de uno (NE) y el esfuerzo hecho sobre nosotros por parte de la familia (H) y la sociedad (S), de modo que  $QL = NE \times H \times S$ .



---

significado que se haya llegado a resultados claros y concluyentes sobre el tipo de influencia que ejerce sobre el bienestar personal.

El auge del apoyo social como tema de investigación tuvo lugar a partir de la década de los 70. Hasta ese momento todavía no se habían desarrollado las medidas formales de apoyo social (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993). En esta corriente se sitúan trabajos como el *County Population Monitoring Study*, en el que se encontró que una medida simple de red social (estado civil, número de familiares cercanos y amigos, pertenencia a una iglesia y pertenencia a grupos) era un predictor significativo de longevidad para hombres y, en mayor medida, para mujeres (Berckman y Breslow, 1983). Sin embargo, otras investigaciones no pudieron replicar estos datos: House, Robbins y Metzner (1982) no encontraron relaciones similares para las mujeres; Blazer (1982) encontró un incremento en las tasas de mortalidad únicamente para aquellas personas que estaban en el extremo del continuo en términos de menor suma de apoyo social; Schoenbach y colaboradores (1986) encontraron que los hombres blancos con menores vínculos, presentaban mayor riesgo de mortalidad, pero esto no ocurría con hombres de raza negra ni con mujeres. Tampoco se encontró que hubiera mayores porcentajes de divorcios entre familias con un enfermo crónico, ni que mostraran menor cohesión (Litman, 1974).

En estos estudios epidemiológicos se definía el apoyo social como el número de contactos sociales mantenidos por una persona o la amplitud de su red social (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993). Estos son indicadores puramente objetivos en los que no se tiene en cuenta la percepción del individuo. En el otro extremo de esta opción podríamos situar aquellas definiciones que tienen en cuenta el punto de vista subjetivo (por ejemplo, Cobb en 1976 lo definió como la pertenencia percibida a una red social de comunicación y obligación mutua) o que sitúan su percepción como una variable moduladora de su influencia (por ejemplo, Lowenthal y Haven, 1968; Ward, Sherman y LaGory, 1984, señalaron que los efectos objetivos del apoyo social eran mediados por la percepción del individuo de ese apoyo).

Los trabajos realizados desde esta vertiente tampoco han dado resultados concluyentes. Wortman y Dunkel-Setter (1979) sugirieron que el suceso estresante de una enfermedad crónica, como el cáncer, crea miedo y aversión en la familia y amigos, pero también, un conocimiento de la necesidad de dar apoyo. Estas tensiones pueden producir ambivalencia. Verbalmente se pueden mostrar signos de cordialidad y afecto mientras que de manera no verbal se muestra rechazo mediante gestos, contactos y posturas. En estas condiciones, el apoyo social o, más bien, su efectividad puede ser escasa (Chrvala y Weiner, 1989; Stephens y cols., 1987). A esta falta de eficacia se puede sumar el hecho de que las personas cercanas al enfermo también se sientan abatidas por la situación, con lo que su capacidad para procurar apoyo está mermada, porque también ellas lo demandan (por ejemplo, Cassileth y cols., 1985; Ell y cols., 1988; Hobfoll y Lerman, 1989; Zarski, West, DePompei y Hall, 1989). Por otro lado, algunas familias parecen unirse más como consecuencia de la enfermedad crónica (Masters, Cerreto y Mendlowitz, 1983), con lo que se hace necesario el desarrollo de investigaciones adicionales que puedan identificar los factores que pueden modular el tipo y la efectividad del apoyo social como un recurso de afrontamiento a la enfermedad.

Las explicaciones que se han ofrecido hasta ahora para entender la asociación entre el mantenimiento de las relaciones sociales y la salud, han sido básicamente tres: la primera sería que la correlación entre apoyo social y enfermedad es causal; la segunda es que los enfermos se aíslan de su sistema de apoyo social (esto es, el apoyo social como efecto); y la tercera es que hay un tipo de variable no prevista tal como clase social, personalidad, etc., que promueve tanto un escaso apoyo social como una salud pobre (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993).

Dentro de las teorías causales existen dos grandes líneas que intentan explicar la influencia del apoyo social sobre la salud. Por un lado, se encuentra el modelo de efecto principal, que considera que las relaciones sociales influyen en la salud y que el estrés es sólo uno de los factores que impactan sobre la salud. Por otro lado, el modelo de amortiguación del estrés, que asume que el estrés lleva a un debilitamiento de la salud y el apoyo social actúa como un amortiguador de su impacto (Cohen y Syme, 1985).

No se puede decir que las investigaciones hayan apoyado más a uno de los modelos explicativos que a otro, apareciendo además relaciones tanto del efecto positivo como del negativo del apoyo social (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993).

Como se comentó al comienzo, todo este volumen de investigaciones que se han realizado sobre el tema no ha llevado a conclusiones claras. Hoy por hoy no se sabe qué aspectos del apoyo social están relacionados con qué aspectos de calidad de vida y en qué circunstancias o para qué personas (Chappel, 1991). Las principales dificultades que se encuentran al revisar la bibliografía existente sobre el estudio de la influencia del apoyo social sobre la calidad de vida son, fundamentalmente la diversidad de medidas aplicadas de apoyo social y de calidad de vida, y las diferencias metodológicas entre los diferentes estudios que los hace difícilmente comparables (Chappel, 1991). Heitzman y Kaplan (1988) encontraron que la mayoría de las medidas de apoyo social tenían fiabilidad adecuada pero sólo la mitad de las revisadas tenían alguna evidencia de validez. Esto ha llevado a algún autor (Chappel, 1991) a advertir que *con el estado actual de investigación sería prematuro idear una política social al respecto que tuviera efectos claros y positivos sobre todos los casos*.

### 3.3.4. ACTIVIDADES LABORALES Y/O PROFESIONALES

Este parece ser otro de los indicadores más o menos claros de calidad de vida. En el mundo industrializado, la capacidad productiva se convierte en un pilar fundamental de la sociedad, de manera que su pérdida supone un cambio drástico en la vida de las personas. Esto se ha de reflejar necesariamente en la calidad de vida de los afectados, por lo que es habitual que aparezca en las distintas conceptualizaciones de calidad de vida y en las pruebas que intentan medirla.

Por un lado, algunos investigadores, trabajando con indicadores sociales no experienciales, señalan explícitamente que calidad de vida abarca todas las circunstancias de la vida, por ejemplo labores del hogar, actividades de ocio,

---

trabajo, ambiente, etc. (Campbell y cols., 1976; Wingo y Evans, 1978; Kaplan, Sallis y Patterson, 1993).

Refiriéndonos al campo concreto del binomio enfermedad-salud, y desde una visión negativa de la salud (carencia de enfermedad), se ha definido la calidad de vida como las dificultades en la realización de roles sociales y actividades normales (Apple, 1960), o capacidad para trabajar (Twaddle, 1969). Otros como Baumann (1961) indicaban tres orientaciones principales: un sentimiento general de bienestar, la ausencia de enfermedad y la capacidad para desempeñar roles sociales.

Teniendo esto en cuenta, está claro que dentro del estudio de la calidad de vida en la salud, existen componentes que tienen que ver con el desarrollo de actividades productivas y que, en el caso de la enfermedad crónica en particular, tienen una gran relevancia. Muchas enfermedades crónicas crean problemas en las actividades vocacionales de los pacientes y en su eficacia laboral, ya que en muchos casos los enfermos deben eliminar, restringir o cambiar sus actividades laborales (Taylor y Aspingwall, 1990; Ganz, 1992; ). Esto supone un cambio drástico en su vida y la necesidad de adaptación a un nuevo estado, que además, puede agravarse en algunos casos (como en enfermos cardíacos, cancerosos o enfermos de SIDA), con discriminación laboral (Davidson, 1983; Taylor, 1991). Incluso se ha señalado la necesidad de evaluar tempranamente las dificultades laborales potenciales que el paciente se puede encontrar con el fin de desarrollar programas que puedan ayudar a combatir esta discriminación.

### **3.3.5. CONDUCTA SEXUAL**

Al igual que señalábamos respecto a las actividades profesionales, la conducta sexual, se ha reflejado preferentemente, desde una perspectiva de pérdida o de interferencia de la enfermedad, aunque también hay algunos autores que la incluyen como el grado de satisfacción, sin aludir explícitamente a interferencia (Ware y cols., 1981; De Haess y Van Knippenberg, 1985; Aaronson, 1988b; Follick y cols., 1988).

Este predominio en aludir a la sexualidad desde la perspectiva de la interferencia, probablemente viene dada por el estudio con enfermos, dado que muchas enfermedades crónicas (como las enfermedades cardiovasculares, o algunos cánceres) traen aparejada una disminución en la actividad sexual. Esto, en algunos casos, es producido por la propia condición, que puede llevar restricciones temporales en la actividad sexual, pero en muchas ocasiones, sin embargo, esto puede ser debido a problemas psicológicos (tales como pérdida de deseo, miedo...). A esto se unen las posibles alteraciones del humor que pueda padecer el enfermo y que perjudican su relación con las personas de su entorno y, subsidiariamente puedan afectar a sus relaciones sexuales (Taylor, 1991; Matthews, 1999). Por ejemplo, después del diagnóstico de cáncer son comunes los problemas en las relaciones de pareja, y el funcionamiento sexual resulta un aspecto especialmente vulnerable, que puede estar directamente afectado por los tratamientos (Andersen y Hacker, 1983).

### 3.4. CALIDAD DE VIDA, PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO EN ENFERMOS CRÓNICOS

Si, como ya hemos comentado, hasta no hace mucho no eran frecuentes los trabajos sobre calidad de vida, menos lo eran los que la relacionaban con variables de personalidad o afrontamiento. Sin embargo en los últimos años, el panorama ha empezado a cambiar; sin embargo, lo que es difícil es que estas publicaciones aporten datos claros, debido fundamentalmente a dos razones. Por un lado se debe a carencias metodológicas (normalmente, muestras no muy amplias ni representativas y una gran variedad en la instrumentación que no siempre se encuentra suficientemente validada), y por otro, está la inexistencia de una teoría de base que pueda dar forma a esos resultados.

Sin embargo, existen una serie de notas relevantes que vale la pena apuntar aquí y que pergeñan la situación actual.

En cuanto a la relación de la calidad de vida con la personalidad, digamos que los estudios se han ocupado básicamente en dos dolencias: enfermedad cardiovascular y cáncer. Las dos presentan un cuadro bastante “espectacular”, y han sido objeto de una búsqueda frenética de sus “personalidades tipo”. Nos referimos a los estudios sobre el patrón de conducta tipo A y tipo C.

Respecto a la enfermedad cardiovascular, el hecho de que los estudios hayan estado centrados básicamente en el patrón de conducta tipo A, ha impedido que abunden estudios en los que se aborden las influencias de los rasgos de personalidad sobre la valoración de la calidad de vida. Entre ellos, podemos citar el llevado a cabo en la Universidad de Sevilla por Antequera y colaboradores (1997), sobre una muestra de 30 hombres. Los autores encontraron que existían ciertas características de personalidad que diferenciaban a personas que habían sufrido infartos de aquellos que no padecían ningún tipo de enfermedad. Éstas además se encuadraban dentro de lo que denominaban alteraciones neuróticas. Asimismo las características que mostraban tener relación con la valoración de la calidad de vida eran las del núcleo neurótico, pero no incidían sobre la percepción del estado de salud del paciente sino sobre su capacidad para relacionarse con otras personas, para mantener su estabilidad emocional y sobre su manera de percibir el futuro; hay que tomar estos datos con prudencia ya que no se trata de una muestra muy amplia y sólo se utilizó un grupo de enfermos. Pero es significativo que estos resultados no se ajusten a los encontrados por otros autores que señalan que a mayor nivel de neuroticismo y ansiedad, mayor tendencia a presentar quejas somáticas (Costa, Zonderman, Engel y cols., 1985, Costa y McCrae, 1987; Watson y Pennebaker, 1989). Asimismo, Lauver y Johnson (1997), encontraron que altas puntuaciones en neuroticismo estaban relacionadas con conductas inadaptadas de dolor en pacientes mayores con dolor crónico. Sin embargo, no encontraron relaciones entre satisfacción con el apoyo social y verbalizaciones de dolor.

Por lo que se refiere al cáncer hay un grupo de autores que siguen señalando que existe un tipo de personalidad propensa al cáncer (tipo C)

---

(Grossarth-Maticek, Eysenck, Pfeifer, Schmidt y Koppel, 1997), que se caracteriza por una tendencia a no expresar emociones, dificultad en afrontar el estrés y sentimientos de desamparo y desesperanza (Eysenck, 1991, 1993, 1994). Aunque la evidencia no da mucho apoyo a la teoría que une depresión con cáncer, los autores señalan que los resultados son difíciles de interpretar. Aportan resultados que apoyan la hipótesis de una relación entre ciertos tipos de cáncer y determinados rasgos de personalidad, que apoyarían la teoría de la especificidad, aunque el número y diversidad de casos no es muy alto como para extraer conclusiones tan definitivas. A este respecto Pelechano (1999) ha señalado que más que el patrón específico del enfermo de cáncer, estos rasgos reflejarían una "personalidad del enfermo crónico".

De forma más general, se sigue hablando del papel de constructos como el *sentido de coherencia* a la hora de mediar la influencia negativa de las limitaciones físicas sobre la calidad de vida. En este sentido, Nesbitt (2000), propone un modelo en el que destaca el papel protector de los recursos personales en la calidad de vida de mujeres mayores con enfermedad crónica.

En cuanto al afrontamiento, tampoco podemos decir que los resultados sean muy abundantes, pero sí se han dado pequeños pasos, como el trabajo realizado por Smári y Valtýsdóttir (1997). Estos autores encontraron que el afrontamiento disposicional, en diabéticos, estaba relacionado con los resultados de la enfermedad y con sufrimiento. El afrontamiento orientado a la tarea estaba relacionado positivamente con control de la enfermedad para hombres, y con menores niveles de ansiedad y depresión en mujeres y de ansiedad en hombres. El afrontamiento orientado a la emoción estaba relacionado con altos niveles de ansiedad y depresión para ambos sexos. Estos resultados están de acuerdo con algunos estudios previos (Bonbardier, Dámico y Jordan, 1990; Felton y Revenson, 1984; Kvan y Lyons, 1991), pero no con otros que encontraban que el afrontamiento activo estaba relacionado con un peor control metabólico (Aikens, Wallander, Bell y Cole, 1992; Goetsch, Abel y Pope, 1994). Una explicación de esto según los autores es que las complicaciones de la diabetes pueden hacer necesario asumir estilos más activos de afrontamiento. Con trasplantados renales, Christensen y cols. (1999) encontraron una reducción de la depresión en aquellas personas con mayor preferencia por la búsqueda de información sobre su salud, mientras que se incrementaban los niveles de depresión para los que mostraban una menor preferencia.

Un trabajo casi pionero fue el de Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor y Falke (1988), en el que se pedía a enfermos oncológicos que señalaran el problema más importante que tenían y, con relación a él, calificaran el *Ways of Coping Inventory* de Lazarus y Folkman. Los problemas más citados fueron miedo e incertidumbre sobre el futuro, limitaciones en capacidad física y estilo de vida y manejo del dolor. En un trabajo reciente (Pelechano, 1999) se ofrecen asimismo datos sobre los miedos más citados por una muestra de 114 enfermos de distintos tipos de cánceres. En coincidencia con el trabajo citado anteriormente, un gran bloque de categorías se refieren a los efectos de los tratamientos terapéuticos (quimioterapia, efectos secundarios, quedar deforme y dolor), y otro bloque importante tiene que ver más con aspectos sociales (dependencia de la familia,

pérdida de trabajo y de actividades de ocio, así como miedo a las relaciones sexuales).

El grupo de Pelechano, (Pelechano, 1992; Pelechano, Matud y de Miguel, 1993) creó un instrumento adaptado del *Ways of Coping Inventory*, pensado para cumplimentarlo en dos situaciones: una en que el enfermo debía recordar lo que sintió cuando tuvo conciencia de su enfermedad; y otra, en el momento referido a la situación actual en la que cumplimenta el cuestionario. Se aplicó a seis grupos de enfermedad (diálisis, hipertensión, nefropatías, trasplante, cáncer y diabetes) encontrándose que en el factor "positivo" se presenta una progresiva diferenciación entre los grupos al comparar las puntuaciones correspondientes a las dos situaciones: el más adaptado es el de cáncer y el menos el de diabéticos. En los factores "negativos" la tendencia es a una homogeneización de los grupos (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993).

Otro resultado interesante de estos trabajos es que existen formas de afrontamiento que parecen diferenciar más a unos tipos de enfermedades que a otras. Por ejemplo, diálisis presenta un mayor impacto negativo de la enfermedad que hipertensión, diabetes rechaza la religión como apoyo e inculpa a la familia en mayor medida que los enfermos de cáncer, mientras que éstos sienten que deben reestructurar los valores e intentan negar la gravedad de la enfermedad, los enfermos sometidos a diálisis valoran el apoyo de la familia mientras que los trasplantados renales lo rechazan, y los diabéticos presentan una mayor negación junto con propósito de cambio en la familia frente a los hipertensos (Pelechano, 1997).

En este punto, el presente trabajo es una continuación que nos puede permitir ver qué tipo de relación existe entre las distintas características de personalidad y afrontamiento estudiadas y las variables de calidad de vida.

#### **4. UNAS NOTAS RELEVANTES RESPECTO A LA ENFERMEDAD CRÓNICA**

#### 4. UNAS NOTAS RELEVANTES RESPECTO A LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Como se ha comentado más arriba, el siglo XX se ha llegado a caracterizar como la *época de la enfermedad crónica*, en la medida en que se ha convertido en el principal problema sociomédico de nuestro tiempo (Lawton, 1991). Habría que subrayar el prefijo *socio-* puesto que si hacemos una revisión de los medios de comunicación, veremos que gran parte de los espacios dedicados a salud van dirigidos a este tipo de enfermedades; e incluso más notorio resulta la proliferación de asociaciones de enfermos o familiares de enfermos crónicos que invitan a la donación de órganos o de ayuda de otro tipo, incluyendo tanto la material, como la que se refiere a evitar la discriminación de los afectados.

Nos ocupamos aquí de una variada muestra de trastornos físicos crónicos. Unos, que presentan una sintomatología bastante evidente y que llevan aparejadas importantes restricciones en régimen de vida y alimentario (como es el caso de diálisis), otros prácticamente asintomáticos (como el de hipertensión o nefropatías), otro que supone una cierta "recuperación" desde un estado más grave (trasplante renal), hasta otro al que se le atribuye una clara amenaza de muerte (cáncer). Si bien no se encuentran representados grupos de enfermedades crónicas que se deberían tener en cuenta de cara a hacer generalizaciones, también es cierto que los tratados aquí representan fuentes importantes de morbilidad y mortalidad entre la población adulta de nuestra sociedad (Pelechano, 1997) y que, como hemos visto, constituyen una variada representación de dolencias crónicas (por lo que se refiere a tratamientos, régimen de vida, sintomatología, dependencia de servicios sanitarios, etc.). La diversidad de los grupos estuvo determinada por la disponibilidad a colaborar de los servicios de los dos centros hospitalarios más importantes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife: el *Hospital Universitario de Canarias* y la *Residencia Nuestra Señora de La Candelaria*, ambas en Tenerife. Gracias a la buena disposición y a la colaboración de los equipos de estos servicios se pudo llevar a cabo la recogida de información y desde aquí expresamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Aquí sólo pretendemos hacer una presentación general a los tipos de enfermedades que incluimos en nuestro estudio. Estos son: hipertensión, cáncer, enfermedad renal (insuficiencia renal crónica, nefropatías varias y trasplante renal) y diabetes.

##### 4.1. HIPERTENSIÓN

Posiblemente sean las enfermedades cardiovasculares las que han tenido un mayor predominio en los estudios dentro del campo de la psicología de la salud, aunque en ellos el interés ha estado más centrado en enfermos que han padecido infartos o accidentes cardíacos cerebrovasculares, siendo mucha menor la atención que se le ha dedicado a la hipertensión, probablemente porque su sintomatología no resulta nada *espectacular* (de hecho es asintomática en la gran mayoría de los casos).

La hipertensión o presión arterial elevada se considera que constituye un problema médico ligero cuando la presión diastólica se sitúa entre 90 y 104 mmHg



---

(milímetros de mercurio) y la sistólica entre 120 y 139, moderado cuando la diastólica está entre 105 y 114 mmHg y la sistólica entre 140 y 159, y severa cuando sobrepasa los 114 mmHg la diastólica y 160 la sistólica. Aproximadamente el 5% de los casos de hipertensión son causados por un fallo renal en la regulación de la presión sanguínea, mientras que el 90% de toda la hipertensión es esencial, es decir, de causa desconocida, aunque se han descrito algunos de los factores de riesgo como los genéticos, obesidad o la dieta alimentaria.

Aunque, como decíamos, esta enfermedad no ha sido precisamente una de las estrellas en el campo de la psicología de la salud, la hipertensión constituye un problema de gran importancia en nuestra sociedad. Se estima que es responsable de alrededor del 20% de todas las muertes producidas por las nueve enfermedades crónicas más letales (Hahn y cols., 1990).

La hipertensión se puede considerar una enfermedad en sí misma, pero quizá su estudio se ha desarrollado más por su consideración como factor de riesgo para otro tipo de enfermedades consideradas más "graves". Por un lado, constituye uno de los principales factores de riesgo que pueden provocar la aparición de otras enfermedades cardiovasculares. Numerosos estudios en diferentes países han mostrado que las personas con presión arterial elevada tienen dos veces más riesgo de padecer algún tipo de enfermedad arterial coronaria que las que presentan baja presión arterial (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993).

Se considera también un importante factor de riesgo para la aparición de accidentes cerebrovasculares. En el estudio de Framingham<sup>6</sup> se encontró que los hombres hipertensos eran 8 veces más proclives a sufrir un accidente cerebrovascular que los normotensos, siendo en las mujeres la relación de 7 a 1 (Dawber, 1980).

Se sabe también que la presión arterial elevada acelera el proceso de arteriosclerosis, así como que contribuye de manera relevante a la enfermedad renal, a la impotencia sexual en el hombre y a cambios patológicos en la musculatura cardíaca (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993).

Dentro del estudio de las enfermedades cardiovasculares la intención de los psicólogos de la salud se ha dirigido preferentemente a buscar aquellos predisponentes o características personales que podrían llevar al desarrollo de la enfermedad. Así, Shapiro en 1988, describió dos categorías de factores psicológicos que influían en la hipertensión: la reactividad de la presión sanguínea y la personalidad o factores conductuales.

El estrés se ha considerado, durante muchos años, como un factor que contribuye a la hipertensión (Henry y Cassel, 1969). De esta manera, hay autores (Jorgensen y Houston, 1981) que apuntan a una excesiva reactividad genética del sistema nervioso simpático en, al menos, algunos de los casos de hipertensión

---

<sup>6</sup> En este trabajo (comenzado a principios de los 50), se estudiaron durante 30 años a más de 1600 residentes en la ciudad de Framingham, en Massachusetts, dando como resultado la identificación de la mayoría de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares que se consideran actualmente.

esencial; otros (Houston, 1986; Light, 1987; Shapiro, 1988) lo atribuyen a determinados estilos de afrontamiento (coléricos), conflictos interpersonales, ansiedad y estímulos ambientales como estresores que producen esta reactividad. Pero, en definitiva, la revisión de la bibliografía existente sobre el tema nos lleva a la conclusión (Herd y cols., 1987; Houston, 1986; Light, 1987; Manuck y Krantz, 1986; Pickering y Gerin, 1988; Shapiro, 1988; Weder y Julius, 1985) de que aunque existe evidencia de que hay subgrupos de individuos que tienen una reactividad de la presión sanguínea más elevada que otros ante una amplia variedad de estresores, no está claro que esta reactividad en individuos normotensos lleve al desarrollo de la hipertensión. De hecho, aunque en los primeros estudios parece haberse dado esta conexión (Krantz y Manuck, 1984) en otros, no se ha corroborado esta circunstancia (Sallis, Dimsdale y Caine, 1988).

En cuanto a la hipótesis de que factores conductuales puedan influir en el desarrollo de la hipertensión, habría que señalar, por el volumen e incidencia que ha tenido, la investigación en torno al patrón de conducta tipo A. En el estudio del *Western Collaborative Group* se siguió a más de 3200 empleados sin historia de enfermedad cardiovascular durante 8 años (Rosenman y cols., 1975). Se encontró que el hombre tipo A tenía dos veces más incidencia de enfermedad cardiovascular que el tipo B. Los resultados del *Framingham Heart Study* indicaron que la conducta tipo A era un predictor independiente de la incidencia de enfermedad cardiovascular e infarto de miocardio entre hombres en los 8 años siguientes, pero sólo entre aquellos con posiciones de "cuello blanco" (Haynes y Feinleib, 1980). A pesar de esto, los resultados de estos estudios son atenuados por un análisis más reciente de los datos del estudio del *Western Collaborative Group*, que revela que el patrón de conducta tipo A no era un predictor significativo de mortalidad por enfermedad cardiovascular, antes al contrario, con seguimiento desde 8 a 22 años (Ragland y Brand, 1988).

En un meta-análisis publicado por Matthews (1988) encontró que la asociación del patrón A con la enfermedad cardiovascular era significativa sólo en aquellos estudios que habían elegido una muestra extraída de la población general, mientras que no había asociación significativa en estudios con pacientes con alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Esta circunstancia es además apoyada por estudios más recientes (Ahern, Gorkin y Anderson, 1990; Barefoot y cols., 1989). Por otro lado, Pelechano y su grupo (Pelechano, Matud y de Miguel, 1993), en un estudio en el que se incluían distintos tipos de enfermos, incluyendo hipertensos, tampoco encontraba resultados coherentes con los presupuestos del patrón de conducta tipo A. Es posible que en los estudios precedentes se haya atribuido al diagnóstico del grupo de enfermos que se incluía (enfermos con problemas cardiovasculares) la responsabilidad de las diferencias, cuando quizá éstas hubieran aparecido igualmente con otros grupos de enfermedad crónica (Pelechano, 1992; Pelechano, Matud y de Miguel, 1993).

Pero, en la misma medida que decimos que el perfil fisiológico de la hipertensión es heterogéneo, asimismo el perfil psicológico podría ser también heterogéneo. Harrell (1980) señala que los factores de personalidad por sí mismos no son suficientes para el desarrollo de la hipertensión, lo que corroboran, por ejemplo, los resultados obtenidos en un estudio de laboratorio realizado por Mente

---

y Helmers (1999) sobre la asociación entre hostilidad y el desarrollo de enfermedad coronaria.

Pero centrándonos en nuestro objeto de estudio en este trabajo, que es la calidad de vida, hay que decir que en el caso de las personas que padecen hipertensión, el interés ha estado relacionado predominantemente con el tipo de medicación que han de llevar estos enfermos y los importantes efectos secundarios que ésta causa. No en balde, el principal tratamiento para la hipertensión es la terapia farmacológica, de la que existen diversos tipos que, en principio, parecen ser efectivos a la hora de reducir la presión sanguínea, aunque los pacientes frecuentemente experimentan efectos secundarios molestos. Por ejemplo, los diuréticos, tienen como efecto colateral el incremento del colesterol en sangre que contrarresta algunos de los efectos reductores de riesgo; los beta-bloqueantes afectan al sistema nervioso simpático y producen sentimientos persistentes de letargo y a menudo también causan impotencia secundaria en el hombre; los inhibidores del calcio son fármacos más modernos que no tienen los efectos colaterales de los anteriores, pero que resultan excesivamente caros y promueven un incremento en tasa cardíaca y vasodilatación periférica. Estos efectos secundarios hacen que la no adherencia a los tratamientos prescritos sea muy alta (Rosen y Kostis, 1985).

Un agravante que se presenta en esta situación es que, al constituir la hipertensión una condición crónica, la terapia farmacológica va a ser necesaria durante un largo período de tiempo, normalmente de manera indefinida, sumándose a esto el hecho de que diariamente pueden ser prescritos varios fármacos, por lo que no es sorprendente que muchas de las personas afectadas de hipertensión informen de dificultades para seguir el régimen prescrito.

Estas circunstancias han llevado a la búsqueda de terapias no farmacológicas, dado que parece claro que son muchos los factores que influyen sobre la presión sanguínea. Entre este tipo de tratamientos habría que mencionar cuatro categorías terapéuticas principales: relajación, biorretroalimentación, dieta y ejercicio.

En general, las terapias de relajación parecen haber sido efectivas en disminuir la presión sanguínea (Jacob y cols., 1991), especialmente en aquellos pacientes que necesitan más ayuda, es decir, en los que presentan niveles de presión sanguínea más altos y aquellos que no son controlables por medicación, lo que hace de la relajación un tratamiento adicional efectivo. El problema principal parece ser que, incluso con sólo cinco sesiones de relajación, se crea un incremento del coste sustancial en tiempo y dinero y esto es fundamental en un contexto en el que aún se mide la efectividad en función del cociente costes/beneficios.

Por lo que respecta a la biorretroalimentación, todavía no se puede hablar de resultados claros y concluyentes, puesto que el estudio sobre su aplicación a este problema no está tan desarrollado como en el caso de la relajación.

Las dietas de reducción de sodio y peso son efectivas, pero aún faltan estudios que permitan lograr el mantenimiento a largo plazo de la dieta, aunque

hay estrategias prometedoras como las que acentúan el autocontrol conductual y logro de apoyo social (Stanton, 1987; Dunbar-Jacob, Dwyer y Dunning, 1991).

En cuanto al ejercicio, los hallazgos (Duncan y cols., 1985) sugieren que el ejercicio baja la presión sanguínea reduciendo las catecolaminas. También se sugiere que el ejercicio puede ser de ayuda en el manejo del estrés y, por tanto, puede ser un amortiguador de la hipertensión inducida por estrés (Mills y Ward, 1986; Brown y Siegel, 1988).

Todo este estado de cosas tiene implicaciones relevantes para el tema que nos ocupa. La principal es que la persona que padece esta dolencia ha de *vivir con la hipertensión* puesto que su vida cotidiana se ve afectada por ella. Los tipos de tratamientos farmacológicos más o menos agresivos, seguramente se mantendrán de por vida, lo cual ya supone una restricción en el régimen de vida, agravado además por la amenaza de las posibles complicaciones en que pueda derivar la enfermedad y las reacciones que pueda generar en nuestro entorno cercano (familiar y social). Estos parecen ser los aspectos fundamentales que van a restringir la calidad de vida de los hipertensos y sobre los que habría que trabajar.

#### 4.2. CÁNCER

El cáncer ha sido una enfermedad bastante trabajada en psicología de la salud, debido fundamentalmente al interés especial de la medicina en ello, unido al pronóstico, en ciertos casos fatal, o a los graves efectos secundarios de sus tratamientos. Después de la enfermedad coronaria, el cáncer es la causa de muerte más común en occidente, donde el riesgo de desarrollarla se sitúa en el 30% y la posibilidad de morir a causa de ella es de un 20% en general (Blackledge y Lawton, 1992).

Aunque tradicionalmente al cáncer se le ha considerado una única enfermedad, con consecuencias nefastas en general, en la actualidad esta visión parece haber quedado desfasada. En primer lugar porque, como ya hemos dicho, no constituye una única enfermedad sino muchas y el pronóstico depende de la condición concreta y estadio de desarrollo; y, en segundo lugar, porque las expectativas de vida han cambiado mucho en las últimas décadas, dependiendo, entre otras cosas, del lugar donde se localice el tumor y el estadio de crecimiento en que se encuentre.

La *American Cancer Society* (1985, pag. 3) define el cáncer como *un grupo de enfermedades caracterizadas por un crecimiento y proliferación incontrolado de células anormales*. Cuando se dañan las células se produce la división celular como proceso normal de curación. Sin embargo, cuando esto ocurre repetidamente, se incrementan las probabilidades de un error en la división celular y si el proceso normal que interrumpe esta división se rompe, las células pueden empezar a dividirse fuera de control, lo que se conoce como proceso maligno.

El crecimiento canceroso en diferentes partes del cuerpo está asociado con diferentes tratamientos y diferentes pronósticos de supervivencia. Algunos, como

---

ocurre con los cánceres comunes de la piel, presentan poca amenaza de muerte, mientras que otros, como los del hígado, están asociados a muy escasas posibilidades de supervivencia (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993).

Tomando en consideración la expectativa normal de vida y la probabilidad de morir de otras causas (como infarto, accidentes) se estima que alrededor de la mitad de todos los diagnosticados sobrevivirán 5 años (*American Cancer Society*, 1992). Esta mejora en supervivencia del cáncer ha llevado a decir al director del *National Cancer Institute* que el cáncer es una de las enfermedades más curables en el mundo occidental (DeVita y Kershner, 1980).

Pero, a pesar de los importantes avances que se han producido en el tratamiento, el cáncer constituye un gran problema de salud pública. En los pasados 50 años llegó a detectarse un 250 por ciento de incremento en el número de personas que morían de cáncer (Devesa y Schneiderman, 1977). La prevalencia del cáncer es también alta: se estima que un tercio de todos los americanos nacidos hoy desarrollarán alguna forma de esta enfermedad (*American Cancer Society*, 1985). Además de la tasa de mortalidad, el cáncer es responsable de grandes costos sociales en términos de tratamientos médicos, absentismo laboral y reducción de la calidad de vida (Mor, 1992).

En cuanto a la epidemiología hay que destacar el significativo incremento del cáncer de pulmón. Este incremento se ha producido entre 1930 y 1986. Se ha estimado que alrededor del 85% de los casos de cáncer de pulmón son atribuibles al tabaco. De hecho, se ha sugerido que excluyendo los cánceres asociados con fumar, las tasas tanto de morbilidad como de mortalidad se estabilizarían o decrecerían.

En el caso de las mujeres, el cáncer de mama resulta ser el más mortífero, aunque los porcentajes de curación han aumentado considerablemente, de modo que mientras hace 30 años la supervivencia de cinco años para cáncer de mama localizado estaba en el 78%, hoy se sitúa en el 90%, y en cerca del 100% para aquellas mujeres a las que se lo han detectado de manera precoz (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993).

Al igual que ha ocurrido con la enfermedad cardiovascular, se han intentado buscar aquellos determinantes que llevan al desarrollo de *los cánceres*. Una hipótesis que se está barajando en los últimos años hace referencia al papel que pueda estar jugando la función inmune.

En relación con esto, algunos autores en los últimos años (Kiecolt-Glaser y cols., 1984a, 1984b, 1986) han encontrado interesantes hallazgos en relación con el funcionamiento del sistema inmune. Demostraron que la actividad de las células NK (*natural killers*) varía con el estrés y falta de apoyo social. Igualmente, Levy y su grupo (Levy, Herberman, Whiteside y cols., 1990) encontraron una asociación entre nivel percibido de apoyo social y actividad de las NK en 120 pacientes de cáncer de mama en los estadios I y II. Levy y colaboradores, (1985, 1987) examinaron la actividad de las células NK y tres indicadores de sufrimiento en mujeres con cáncer de mama en el momento de la mastectomía y tres meses después. Encontraron que el nivel de ajuste, la pérdida de apoyo social, la fatiga y

los síntomas depresivos covarían hasta un 30% con el volumen de las células NK a los tres meses. En este grupo, la aparición de más nódulos metastásicos estaba asociada con características depresivas y disminución de la actividad de las células NK. Trabajos posteriores de este grupo han sugerido que existen complejas relaciones entre factores psicosociales (especialmente apoyo social), actividad de las células NK, estado del receptor y recurrencia del cáncer de mama (Levy, Herberman, Lee y cols., 1990; Levy y cols., 1991).

Aunque este acercamiento resulta muy atractivo, tanto la relación entre los distintos componentes del sistema inmune, como los componentes inmunes que pueden servir como marcadores de significación clínica en el desarrollo y supervivencia del cáncer, no son bien conocidos, aunque existen una gran variedad de estudios que han intentado estudiar un gran número de variables que puedan estar influyendo en el desarrollo del proceso cancerígeno. Se han descrito una serie de características que parecen estar relacionadas con este proceso, aunque todavía estos hallazgos deben considerarse de manera tentativa.

Doll y Peto (1981), realizaron un trabajo muy citado en el que desarrollaron estimaciones cuantitativas del impacto de varios factores de riesgo sobre la mortalidad en enfermos de cáncer, identificando el uso de tabaco y la dieta como los principales factores de riesgo. En cuanto a la dieta, aparecía evidencia de que un consumo rico de grasas animales puede causar cáncer de mama. Así, aunque los factores genéticos son importantes para determinar quién padecerá cáncer, hay factores ambientales que también pueden estar contribuyendo (Wynder y Gori, 1977). Asimismo, las mujeres que nunca han tenido niños o que han tenido su primer hijo después de los 30 años tienen mayor riesgo de padecer un tumor maligno (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993).

Junto a estos estudios dirigidos a aislar los determinantes de la aparición y desarrollo de la enfermedad, hay una serie de connotaciones del proceso cancerígeno que resultan importantes para el tema que nos ocupa, y de especial relevancia para las personas que padecen esta dolencia. Una de ellas es el tipo de tratamiento que se utiliza.

Los tratamientos se pueden agrupar en tres grandes estrategias: cirugía, radiación y quimioterapia (que incluye además terapia hormonal e inmunoterapia). Estos tratamientos son bastante agresivos por lo que a menudo causan nuevos problemas biológicos o cosméticos. La quimioterapia y la radiación requieren dosis que crean efectos colaterales, como la pérdida del cabello, esterilidad, náuseas, vómitos, fatiga y diarreas. Pero no sólo esto, sino que la ansiedad puede hacer la experiencia aún peor. Algunos estudios han demostrado que muchos pacientes experimentan síntomas anticipatorios condicionados (Andrykowski y Gregg, 1992; Burish y Jenkins, 1992; Carey y Burish, 1988). Estas reacciones psicológicas a la radiación pueden persistir hasta 3 meses después de que la terapia haya concluido (Redd y cols., 1991).

Un aspecto importante para el campo que nos ocupa es que, dado que los nuevos tratamientos son más efectivos, los pacientes viven con el cáncer durante más tiempo, de manera que tanto la enfermedad como su tratamiento afecta a

---

muchos aspectos importantes de la vida incluyendo el funcionamiento físico, psicológico, sexual, relaciones familiares y desempeño profesional (Ganz, 1992).

De especial importancia resulta en este contexto conocer aquellas características que presentan los enfermos de cáncer y que puedan estar afectando directamente su calidad de vida. Estos estudios suelen centrarse normalmente sobre aspectos psicopatológicos y, en este caso, preferentemente en la depresión. Efectivamente, parece existir una cierta consistencia en mostrar que los pacientes de cáncer exhiben niveles elevados de depresión (Ganz, 1992), de hecho, se ha informado que enfermos de cáncer frecuentemente presentan depresión, aunque ésta no llega a ser clínicamente preocupante en todos los casos (Massie y Holland, 1990, 1991, 1992; Lansky y cols., 1985; Bloom, 1987; Dunkel-Schetter y cols., 1992; Boer, Elving y Seydel, 1998).

Pero, aunque el cáncer no es en sí mismo psicopatológico, sí provoca sufrimiento. Las manifestaciones físicas del cáncer parecen ser estresantes para los pacientes. En un estudio con más de 400 pacientes de cáncer, los jóvenes y aquellos que no estaban casados presentaban mayor probabilidad de estar afectados psicológicamente por su enfermedad que los pacientes mayores (Noyes y cols., 1990). En otro estudio con niños y adolescentes entre 8 y 18 años se encontró que los niños con cáncer eran menos sociables y era menos probable que demostraran liderazgo. Este punto se corrobora con otro estudio de Noll y sus colaboradores (1990), en que se mostraba que los enfermos de cáncer estaban más aislados socialmente que los no enfermos. Por tanto, parece que los sentimientos de soledad entre pacientes de cáncer es un fenómeno común.

A pesar de estos hallazgos, es de reseñar lo encontrado en un trabajo ya comentado anteriormente (Pelechano, 1999) en que se evaluaban los sucesos vitales de 114 enfermos de cáncer, en los que se apreciaba una "normalidad" en cuanto a los estresores citados, no diferenciándose éstos de manera significativa de los percibidos por muestras de no enfermos. Aparecían en primer lugar la *muerte de un ser querido* (23%), en segundo lugar la *enfermedad de un ser querido* (21,7%) y, ya a cierta distancia la *enfermedad propia* (7,2%).

Como se comentó anteriormente, el cáncer ha sido uno de los temas estrella dentro de la psicología de la salud, cosa que también se ha reflejado en el área concreta de la calidad de vida, donde se puede encontrar un cierto volumen de trabajos sobre este tema. A pesar de esto aún queda mucho camino por recorrer hasta llegar a unas medidas válidas y fiables de calidad de vida en cáncer.

En una revisión sobre 132 trabajos clínicos publicados al respecto, Mosteller, Gilvert y Mcpeek (1980) informaron que la mayoría de ellos evaluaban resultados sólo en términos de supervivencia o recurrencia de la enfermedad, y, a la vez, que la calidad de vida se mencionaba, aunque raramente se evaluaba. Pero además, en aquellos trabajos en los que sí se mide calidad de vida se apreciaban deficiencias como las siguientes: la mayoría de los estudios limitaban la definición de calidad de vida a la presencia o ausencia de síntomas, funcionamiento físico y bienestar psicológico, generalmente ansiedad y depresión (Morris, 1990; Gotay y Moore, 1992); la mayoría de los instrumentos son débiles o

inadecuados (Van Knippenberg y De Haess, 1988; Donovan, Sanson-Fisher y Redman, 1989); ha habido una predilección por el cáncer de mama, con lo cual, el mayor volumen de estudios se han centrado en él (Bowling, 1995), en detrimento de los otros tipos.

De lo que parece que nadie duda es de la necesidad de evaluar la calidad de vida en enfermos de cáncer, entre otras cosas, porque estas medidas pueden ayudar a médicos y pacientes a elegir entre distintos tipos de tratamientos cuando no existe una perspectiva clara de supervivencia (Silberfarb, Maurer y Crouthamel, 1980; Selby y Roberston, 1987). Por otro lado, parece que hay un acuerdo creciente de que un instrumento de calidad de vida en oncología debe ser multidimensional (Aaronson, Bullinger y Ahmedzai, 1988), y algunos autores (Maguire y Selby, 1989) después de realizar una revisión de las escalas de calidad de vida para el *Medical Research Council* y Selby (1993) recomiendan que estas evaluaciones deberían incluir bienestar físico (síntomas y molestias derivadas de tratamientos, tales como dolor, fatiga, náusea, actividad física y laboral, ocio y actividades de cuidado personal), bienestar psicológico (imagen del cuerpo, autoestima, sufrimiento emocional, cólera, depresión) y bienestar social (efectos sobre actividades sociales, soledad, apoyo social de familia y amigos y relaciones sexuales).

En conclusión, la bibliografía reseña unos aspectos fundamentales que van a restringir la calidad de vida de los enfermos de cáncer y sobre los que habría que trabajar. La persona que padece esta dolencia ha de vivir con el peso de la amenaza de muerte real o la que normalmente le atribuye la sociedad. Además los tipos de tratamientos son muy agresivos, generando molestias importantes y efectos secundarios con repercusiones físicas y estéticas. Aunque el régimen de vida, en abstracto, no tiene por qué verse alterado sustancialmente, la vida del enfermo se ve afectada por sus propias concepciones acerca de lo que el cáncer representa, y por las actitudes de su entorno familiar y social, que normalmente no sabe cómo actuar ante una situación de este tipo.

### **4.3. ENFERMEDAD RENAL**

#### **4.3.1. NEFROPATÍAS VARIAS Y ENFERMEDAD RENAL TERMINAL**

Bajo la denominación de “enfermedad renal terminal” se entiende una dolencia crónica que supone un déficit de funcionamiento renal por encima del 95% y que, por tanto, necesita de un procedimiento externo al organismo para realizar la función renal: la diálisis, o un trasplante renal. La insuficiencia renal se caracteriza por una disminución de las funciones uropoyética y endocrino-metabólica que realiza el riñón. La primera cumple dos misiones: homeostática y depuradora. La segunda tiene gran trascendencia fisiológica y patológica ya que el riñón es productor y diana de la renina, productor de la eritropoyetina y diana de la ADH (hormona antidiurética). Además el sistema renina-angiotensina estimula la secreción de aldosterona en la corteza suprarrenal y es uno de los principales elementos que regulan la tensión arterial y autorregula el flujo plasmático renal y la filtración glomerular.



---

En el proceso de la insuficiencia renal que lleva a la diálisis, se va produciendo una sustitución del tejido renal normal por el tejido fibroso, lo que hace que el resto de nefronas sanas pase a realizar una hiperfiltración como compensación. Esta situación poco a poco se va a ir convirtiendo en nosógena, produciendo otros problemas crónicos como hipertensión arterial. Pero este proceso es lento y tanto el riñón como el organismo se adaptan bien a la situación de insuficiencia renal, hasta el momento en que comienza la sintomatología clínica y bioquímica.

Cuando se llega a esta situación hay que recurrir a un procedimiento externo que lleve a cabo la función renal: la diálisis. Hay dos procedimientos fundamentales que son la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. La primera consiste en unas horas de circulación sanguínea extracorpórea por el interior de un filtro semipermeable bañado en líquido dializante, en la que se realiza la depuración. En la segunda, este mismo procedimiento se lleva a cabo a través del peritoneo. La diálisis sustituye a la función uropoyética del riñón pero no a la endocrino-metabólica. Además de este procedimiento, los enfermos también deben someterse a tratamientos farmacológicos muy fuertes y dietas alimenticias más o menos estrictas con especial acento en el control de la ingestión de líquidos (dependiendo de cada caso).

A pesar de los problemas que trae esta situación, la enfermedad renal terminal no ha sido muy estudiada desde el punto de vista de la psicología. Y, como casi siempre, cuando se ha hecho, este interés ha estado centrado en la búsqueda de psicopatología asociada a la dolencia.

Esencialmente la investigación sobre la prevalencia de psicopatología en esta enfermedad se ha referido a la depresión. Las primeras investigaciones mostraron amplias tasas de variación de depresión en pacientes de diálisis, desde 0%, (Wright, Sand y Livingston, 1966) a 100% (Reichsman y Levy, 1972). Una explicación de esta discrepancia se encuentra en las diferencias en la definición y criterio usado para el diagnóstico de la depresión (por ejemplo, Craven y cols., 1987; Lowry y Atcherson, 1980); otra, apela a las distintas formas concretas en que se lleva a cabo la diálisis. Otros trabajos más recientes, nos dan otra posible explicación y es el hecho de la solapación de síntomas que existe entre la depresión y el síndrome urémico (Binik, Devins, y Orme, 1989).

Algunos autores han destacado la importancia de tomar en cuenta variables que puedan estar modulando los resultados como pueden ser el curso del tratamiento (Kutner, Fair y Kutner, 1985) o las características socio-demográficas (por ejemplo, etnia, sexo, edad) (Levenson y Glocheski, 1995).

Otro apartado estudiado ha sido el nivel de seguimiento de los enfermos de las prescripciones médicas. Así, se ha señalado la importancia que tienen sobre la adherencia factores psicosociales como las creencias de los pacientes acerca de sus conductas de salud y los problemas familiares (Cummings y cols., 1981), el "locus de control" y la autoeficacia (Schneider y cols., 1991), y el apoyo social (O'brien, 1990).

Sin embargo, estos hallazgos parecen más consistentes para la adherencia subjetiva que para la objetiva, como se aprecia en un estudio de Reiss, Gonzalez y Kramer (1986) en el que examinaron a 23 familias en un ambiente de laboratorio y en el que encontraron que altas puntuaciones en solución de problemas familiares predecía en mayor medida la muerte temprana que la supervivencia.

En definitiva, la situación actual de la investigación permite sólo especular sobre cómo pueden influir los factores psicológicos sobre los resultados en la enfermedad renal terminal. Se ha mostrado que la depresión afecta la función inmune, aunque la significación clínica de estos efectos no está todavía clara (Stein, Miller y Trestman, 1991). Si bien numerosos estudios han apoyado la relación entre depresión y disminución del tiempo de supervivencia (Burton y cols., 1986; Richmond y cols., 1982; Wai y cols., 1981; Numan, Barklind y Lubin, 1981; Ziarnik y cols., 1977; Shulman, Price y Spinelli, 1989), otros no parecen apoyar estos hallazgos (Devins y cols., 1990; Husebye y cols., 1987).

El estudio de la calidad de vida en la enfermedad renal, se ha ocupado básicamente en la comparación entre los distintos tipos de tratamientos existentes. Así, por ejemplo, comparando hemodiálisis o peritoneal en hospital, con diálisis en casa, se ha encontrado que en casa es psicosocialmente superior, aunque la magnitud de la diferencia ha variado de un estudio a otro (Evans y cols., 1985; Soskolne y Kaplan De-Nour, 1987).

Un aspecto que debería tratarse con mayor profundidad, se refiere a la aparición de disfunción sexual (como disminución del deseo, atrofia testicular o espermatogénesis defectuosa) en enfermos con insuficiencia renal crónica (Campese y Liu, 1990).

En cuanto al tipo de medidas de calidad de vida que se han usado en la enfermedad renal terminal, se aprecia un escaso desarrollo de escalas específicas, siendo más utilizadas las genéricas (Evans y cols., 1985; Guyatt, Bombardier y Tugwell, 1986; Churchill y cols., 1991) y éstas no parecen muy satisfactorias científicamente. De hecho, en una revisión de las escalas específicas, Bowling (1995) señala que, como mínimo, hay que abundar más en el estudio y mejora de sus cualidades psicométricas.

#### 4.3.2. TRASPLANTE RENAL

La situación de los trasplantados se puede entender, en un primer momento, como la desaparición de la situación de insuficiencia renal y vuelta a la normalidad del organismo, ya que el paciente deja de necesitar la diálisis para realizar la función renal. Pero esto no es del todo cierto. Los enfermos deben someterse constantemente a tratamiento inmunosupresor, tratándose las crisis de rechazo agudo con altas dosis de esteroides, que en muchos casos son reversibles pero en otros lleva consigo la vuelta a la diálisis.

Todo esto lleva aparejado una serie de aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de evaluar la calidad de vida en los trasplantados renales. Entre ellos hay que destacar: la adherencia a los tratamientos, los efectos secundarios de los mismos, y el peligro constante de rechazo, a pesar de llevar largo tiempo con el trasplante. Por otro lado, no cabe duda de que el cambio de la situación de diálisis a la de trasplante, es enorme, puesto que significa *casí* una recuperación de la normalidad en muchos aspectos y dejar de depender de la máquina de diálisis.

Generalmente, los estudios que han incluido pacientes trasplantados renales entre su muestra, se han ocupado en comparar dicha situación con la de diálisis. De hecho, normalmente se habla del trasplante como de la "recuperación" de una enfermedad, cuando, como hemos comentado, la nueva situación no está exenta en absoluto de aquellas características que suelen definir el *estar enfermo* (por ejemplo, la toma de medicación, el régimen de vida y la alimentación).

Evans y su grupo, en 1985 encontraron que el 79% de los receptores de trasplante funcionaban psicossocialmente cerca de niveles normales, comparados con un rango entre el 47 y el 59% de pacientes en diálisis. Los trasplantados tenían mejor calidad de vida que los dializados en medidas objetivas y subjetivas y todas las diferencias persistían después de controlar posibles variables moduladoras como las características médicas y demográficas. Petrie (1989) encontró que los dializados mostraban más morbilidad sobre el *General Health Questionnaire* (principalmente pérdida de control emocional y depresión) comparados con trasplantados y sujetos controles sanos. Trabajos australianos (Morris y Jones, 1989) y alemanes (Zimmermann, 1989) también confirmaron mejor calidad de vida en los trasplantados. En un estudio en que se incluían cuatro modalidades de tratamiento: hemodiálisis en el centro hospitalario, diálisis peritoneal, trasplante de familiares y trasplante de otro donante (Julius y cols., 1989), se encontraron diferencias en calidad de vida, pero cuando se controlaban las variables demográficas, la causa primaria de la enfermedad y las enfermedades asociadas, se observó una reducción en el volumen de las diferencias, así como un cambio en el orden de calidad de vida de los distintos grupos. Finalmente, hay que comentar que tales estudios generalmente no señalan los efectos del rechazo del trasplante, que puede provocar una peor calidad de vida (Bremer y cols., 1989).

No se han publicado estudios sistemáticos que examinen las relaciones entre factores psicológicos y resultados en trasplante renal, con la excepción de estudios demasiado pequeños para proporcionar hallazgos significativos (Keegan

y cols., 1983). Estos estudios en pacientes trasplantados han mostrado que la no adherencia a las prescripciones médicas en el pre-trasplante, predice la no adherencia en el post-trasplante y su fracaso, a la vez que los hacen más proclives a la depresión y a otros problemas psicosociales (Rodríguez y cols., 1991).

En un trabajo más reciente (Kong y Molassiotis, 1999), se estudiaban los principales estresores de un grupo de trasplantados renales, encontrándose que éstos se referían básicamente a miedo al rechazo, dificultades en el seguimiento de la medicación, efectos secundarios de la misma e incertidumbre por el futuro. Además no se encontraron diferencias en calidad de vida ni en afrontamiento entre los que llevaban menos de un año con respecto a los que llevaban más tiempo.

Concluyendo, hay que señalar que las enfermedades renales no se han considerado hasta ahora objetivo principal de la psicología de la salud, aunque a nuestro parecer cuentan con todos los requisitos para ello. El estudio de la calidad de vida de unos enfermos que han de ser sometidos a tratamientos que implican dependencia de una máquina, con fuertes tratamientos farmacológicos, graves restricciones alimenticias sólidas y líquidas, y considerables consecuencias a nivel físico y psicológico, parece, a todas luces, necesario.

#### 4.4. DIABETES

La diabetes supone una alteración en la homeostasis de la glucosa, que aparece cuando el cuerpo no produce suficiente insulina o cuando las células no pueden hacer uso de la insulina disponible. Se ha estimado que 5.5 millones de personas en los Estados Unidos tienen diabetes, diagnosticándose al año aproximadamente medio millón de nuevos casos de diabetes (Harris, 1985), siendo además, la séptima causa de muerte en los Estados Unidos (Kaplan, Sallis y Patterson, 1993). En España, aunque no se ha realizado un censo oficial de las personas afectadas por la diabetes, hay distintas estimaciones que sitúan su frecuencia en la población general en torno al 4% (Puig y De Leiva, 1989).

Las dos formas más comunes de diabetes mellitus son Tipo I o insulino dependiente, causada por un defecto absoluto de insulina y Tipo II, producida por un defecto relativo de insulina. La primera está considerada la forma más severa y hay evidencia de que tiene un componente genético.

En Junio de 1980 el *National Diabetes Advisory Board* celebró un congreso que identificó algunas de las principales complicaciones de la diabetes y ofrecieron recomendaciones sobre cómo manejarla. Algunas de estas complicaciones eran: enfermedad cardíaca, nefropatía, ceguera, amputaciones, mortalidad y morbilidad perinatal (Ross, Bernsterin y Rifkin, 1983). También se han descrito otras complicaciones agudas de la diabetes como el coma hiperglucémico, la cetoacidosis diabética, la acidosis láctica o las hipoglucemias.

La diabetes está asociada con un número de factores identificables de riesgo. La edad, por ejemplo, es un factor importante. La diabetes Tipo I se desarrolla preferentemente durante la infancia, siendo el rango de edad más típico

---

de aparición entre los 10 y los 14 años (LaPorte y cols., 1981). En contraste, al Tipo II, suele empezar en la edad adulta y se hace más frecuente a medida que aumenta la edad. En cuanto al sexo, hombres y mujeres son igualmente proclives a desarrollar el Tipo I, sin embargo, las mujeres tienen mayor tendencia a padecer la diabetes Tipo II (Harris y cols., 1987; Harris, 1991). La etnia también parece ser un factor que puede afectar al desarrollo de la enfermedad, así, Herman, Toetsch y Gies (1987) encontraron que los caucásicos son más proclives a desarrollar el Tipo I que otras etnias, mientras que ocurre al contrario con la Tipo II (Harris, 1985).

Por lo que respecta a factores psicológicos, hay poca evidencia de que contribuyan al desarrollo de la diabetes, aunque un grupo de investigadores (McClelland y cols., 1991) cree que afectan al proceso inmune, y desde ahí promueven una mayor vulnerabilidad.

Desde el punto de vista conductual, hay dos factores de riesgo que son particularmente importantes: la obesidad y la inactividad. La obesidad no está asociada con la diabetes insulino dependiente pero sí con la no insulino dependiente. Entre el 60 y el 90% de todos los adultos con diabetes no insulino dependiente tienen sobrepeso. Los hermanos de diabéticos son 3 veces más proclives a desarrollar el problema si tienen sobrepeso (Herman, Toetsch y Gies, 1987). Existe evidencia que sugiere que, en pacientes que no son insulino dependientes, la tolerancia a la glucosa vuelve a la normalidad con la pérdida de peso (Wing, 1989).

La inactividad física puede ser un factor determinante para ambos tipos de diabetes. Aunque el ejercicio no puede "curar" esta afección, la actividad regular puede ayudar a mantener el control de la glucosa, además de la regulación del peso.

En la práctica médica habitual los pacientes con diabetes no insulino dependientes son tratados con un complejo y quizá ambiguo conjunto de tratamientos que incluyen el uso de insulina, prescripción de agentes orales, dietas diabéticas y pérdida de peso e instrucción del enfermo. La elección entre estas alternativas es compleja porque los costes, riesgos y beneficios de las alternativas no han sido bien definidos. Aunque cada alternativa puede ser asociada con efectos colaterales, pocos estudios los han medido o han proporcionado líneas sistemáticas para evaluar los beneficios vs. los efectos colaterales.

Uno de los problemas más graves con que se suele encontrar el personal sanitario a la hora de tratar a este tipo de enfermos es el del seguimiento correcto de las prescripciones médicas. A pesar del creciente consenso de que los pacientes deberían tomar decisiones que afectan su cuidado de salud (Schneiderman y Arras, 1985), estudios recientes sugieren que los pacientes raramente afirman ser informados de sus opciones sobre los procedimientos terapéuticos (Wennberg, 1989). Esto resulta más grave en el caso de la diabetes, puesto que muchas intervenciones afectan la calidad además de la expectativa de vida.

Quizá por esta circunstancia, la literatura publicada nos dice poco acerca de las preferencias de los pacientes por diferentes modalidades de tratamiento. Muchos estudios que han intentado predecir la adherencia al tratamiento de los no insulino-dependientes, se han centrado en características demográficas y de personalidad, pero apenas han tomado en consideración los efectos del tratamiento sobre el paciente y su estilo de vida. Esto resulta un tanto singular, ya que la razón más común que esgrimían los enfermos para terminar el tratamiento era que fuera desagradable, que causaba irritación o la existencia de una infección (Gwin, Bailey y Mecklenburg, 1988). Trabajos más recientes (Shen y cols., 1999), sí han paliado esta carencia incluyendo entre los dominios de un instrumento de calidad de vida para diabéticos, la satisfacción con el tratamiento.

Por otro lado, la teoría del aprendizaje social sugiere que los factores situacionales juegan un papel más importante que las características disposicionales o demográficas a la hora de determinar la conducta de adherencia al tratamiento de un enfermo. El ambiente social y las creencias específicas sobre la salud pueden ser buenos predictores de la adherencia a las prescripciones médicas (Wilson y cols., 1985).

La condición de diabético no afecta únicamente al enfermo que la padece, sino que tiene un impacto sustancial sobre la familia. Sobrellevar esta condición, particularmente para los niños pequeños, significa un esfuerzo para todos lo que le rodean. La Greca y colaboradores, (1991), en un estudio en el que participaron 74 adolescentes insulino-dependientes con edades comprendidas entre 10 y 19 años, encontraron que la cohesión y el apoyo familiar estaban relacionados con el cumplimiento correcto del régimen diabético.

La diabetes, como muchas otras enfermedades crónicas, se ha asociado con la depresión (Gill, 1991; Ragonesi, Ragonesi, Merati y Taddei, 1998), pero se ha encontrado que los niveles de glucosa en sangre y el humor están sistemáticamente relacionados (Gonder-Frederick y cols., 1986), con lo que estas variaciones en humor observadas entre diabéticos, podrían ser explicadas por cambios en sus niveles de glucosa en sangre.

Como conclusión, señalar también aquí la relevancia del estudio de calidad de vida del paciente diabético, que se encuentra con una forma de vida mediatizada por el seguimiento de constantes regímenes medicamentosos, graves restricciones alimenticias y considerables consecuencias a nivel físico y psicológico. A este respecto hay que hacer mención de una línea de investigación que ha ido encaminada a enseñar a los pacientes con diabetes a discriminar sus niveles de glucosa en sangre, que además ha aumentado el interés por establecer relaciones entre los aspectos clínicos y conductuales de la diabetes. *La habilidad de los enfermos diabéticos para discriminar el estado real de su nivel de glucosa en sangre es la pieza clave del autocontrol o autocuidado diabético* (Gil Roales-Nieto y Vilchez, 1993).

Pero también es fundamental aquí un estudio sistemático. De hecho algunos autores (de la Fuente y Gil Roales-Nieto, 1993) después de revisar trabajos con respecto a este tema, concluyen que puede ser peligroso animar a los pacientes a confiar en sus síntomas de hipo e hiperglucemia, puesto que éstos no

son generalizables. Al contrario, piensan que habría que buscar primero el patrón sintomático para cada persona antes de proceder a su entrenamiento.

## **5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**



---

## 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 5.1. OBJETIVOS

Aunque, como hemos comentado en apartados anteriores, el estudio de la calidad de vida está de moda, esto no quiere decir necesariamente que vayamos a encontrar dentro de la bibliografía sobre el tema, gran cantidad de trabajos que aborden esta área con instrumentación suficientemente validada y con muestras amplias y variadas. De hecho, es difícil encontrar trabajos en los que se estudien distintos grupos de enfermos y no enfermos, o en los que las pruebas sean suficientemente amplias y no se ciñan a un inventario de síntomas o conductas, normalmente bastante restringidas, en las que se intuye que se pueden producir déficits cuando se padece una enfermedad. En muchas ocasiones, nos encontramos también con que la evaluación de la calidad de vida la hacen terceros, normalmente profesionales médicos, sin que se tenga en cuenta la visión que el propio enfermo tiene de su calidad de vida.

Este estado de hechos, hace posible buscar una opción un tanto distinta acerca de la calidad de vida, sustentada en el modo de trabajo del modelo de parámetros de Pelechano (1973, 1989, 1992). Esta complejidad se refiere a aspectos como el tipo de prueba que utilizamos (parámetros de respuesta), las posibles variables de la muestra que puedan estar afectando los resultados (parámetros de persona), además de, naturalmente, los distintos diagnósticos con que contamos.

En cuanto al tipo de prueba hay que reseñar dos aspectos fundamentales. Uno de ellos es la visión subjetiva, puesto que lo que evaluamos son las apreciaciones que cada persona hace con respecto a su propia calidad de vida. El acercamiento a la "objetividad" se entiende como la acumulación y comparación entre distintas formas de percibir esta subjetividad. En sentido estricto, esta manera de acercarse al problema disiente de forma significativa de la "objetividad" de la física clásica.

También dentro del tipo de evaluación que se hace, se añade complejidad en la modalidad de respuesta que tiene que dar la persona, puesto que no son, en su mayor parte, items de respuesta obligada, sino de preguntas abiertas que luego han de ser ordenadas en categorías previas a su codificación numérica de cara a la realización de análisis estadísticos. Esto añade mayor riqueza a las respuestas dadas, ya que los entrevistados no se circunscriben a lo que el investigador previamente haya entendido que "se debe responder".

Además se aporta complejidad con el tipo de muestra con que se cuenta. Generalmente los trabajos publicados no suelen contar con varios grupos de enfermos ciñéndose generalmente a la evaluación de un grupo diagnóstico frente a otro (por ejemplo, la situación de diálisis frente a trasplante) o frente a no enfermos. En este caso vamos a contar con seis grupos distintos de enfermos y uno de no enfermos, que nos permitirá comprobar si el tipo de enfermedad concreto de que se trate y otras características relacionadas, tienen influencia en los resultados obtenidos en calidad de vida.

Por último, no nos centramos únicamente en calidad de vida, sino que se estudiarán las relaciones que ésta pueda mantener con otras variables como pueden ser características de personalidad de distinto nivel de consolidación, afrontamiento o incluso características socio-demográficas.

De este modo podríamos señalar una serie de objetivos que nos proponemos lograr con este trabajo:

1.- El primero sería la elaboración de un instrumento multidimensional capaz de evaluar calidad de vida de forma general, de manera que sea aplicable tanto a distintos grupos de enfermos como a no enfermos. Debe servir también para capturar el concepto no sólo en el sentido de déficit sino también desde un punto de vista positivo.

2.- Validación estructural y diferencial de dicho instrumento con muestras suficientemente amplias de distintos grupos diagnósticos de enfermos y no enfermos.

3.- Estudiar las relaciones entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento en enfermos y en no enfermos.

4.- Estudiar las relaciones entre calidad de vida y características de personalidad de distinto nivel de consolidación en enfermos y en no enfermos.

5.- Estudiar la influencia que las variables socio-demográficas puedan estar ejerciendo sobre la evaluación de la calidad de vida.

6.- Ofrecer un estudio diferencial acerca de los distintos grupos de enfermos crónicos estudiados, respecto a calidad de vida y variables de personalidad.

Además de estos objetivos de evaluación nos planteamos otros de carácter teórico que se centran en la posibilidad de proponer una explicación acerca de cuáles son las características que van a hacer que un enfermo crónico pueda llevar una vida lo más normal e integrada posible. Igualmente interesa proponer un modelo funcional que dé razón de las relaciones entre las variables estudiadas.

---

## 5.2. HIPÓTESIS

No existen hipótesis específicas respecto a la calidad de vida y que puedan derivarse de un modelo teórico claro, entre otras cosas, por la carencia de ese modelo teórico, que incorpore variables de personalidad, afrontamiento y calidad de vida y que tome en consideración las comparaciones entre distintos grupos de enfermos crónicos. Por ello lo que sigue son hipótesis racionales genéricas que podrían ser concretadas en trabajos posteriores, o bien proceden de resultados de estudios ya citados en la revisión bibliográfica y trabajos previos realizados por el grupo del profesor Pelechano (ver por ejemplo, Pelechano, 1991, 1992, 1996 y Pelechano, Matud y de Miguel, 1993).

Las hipótesis generadas pueden agruparse en dos conjuntos: el primero se dirige al estudio de la calidad de vida como tal (con el instrumento que se creó al respecto); el segundo trata de contrastar algunas hipótesis más tradicionales respecto a personalidad, enfermedad y calidad de vida.

Nos restringimos en este trabajo a un instrumento de autoinforme de calidad de vida referido a los enfermos. Debe decirse, con todo, que dentro del proyecto total en el que este trabajo se inserta, existen otros instrumentos encaminados a la evaluación de la calidad de vida de los enfermos por parte de terceros (y en concreto de miembros de la familia que actúan como cuidadores).

### 5.2.1. CALIDAD DE VIDA

I. La estructura de la calidad de vida es multidimensional (ver, por ejemplo, Jenkins, 1992; Bowling, 1995; Ware et al. 1981) por lo que el instrumento a utilizar para estudiarla debería ser también multidimensional tanto a nivel teórico como empírico. Sería factible generar unos instrumentos y validar esta multidimensionalidad siguiendo los cánones usuales al respecto en metodología científica y siendo un instrumento que hemos denominado genérico.

II. La calidad de vida (entendida de manera multidimensional) se encuentra mermada en los enfermos físicos crónicos con respecto a los no enfermos (por ejemplo, Silberfarb, Maurer y Crouthamel, 1980; Selby y Roberston, 1987; Morris y Jones, 1989; Simmermann, 1989). Desde un punto de vista objetivo cabría pensar que las personas “no enfermas” (o, al menos, no diagnosticadas como enfermas) deberían presentar una mayor calidad de vida que las personas enfermas, lo que se podría identificar mediante el análisis de las puntuaciones observadas en las dimensiones empíricas aisladas.

II.a. Existiría un mayor volumen de diferencias entre “sanos” adultos y enfermos crónicos que entre los grupos de enfermos crónicos entre sí, por lo que se refiere a la calidad de vida percibida.

II.b. Los recursos “sociales” de apoyo social (asociaciones, agencias sociales que promueven alivio de sufrimiento) deberían ser más apreciados y utilizadas por los enfermos que por los no enfermos. Además debería poderse ofrecer una gradación de preferencias por tipos de enfermedad.

II.c. Por lo que se refiere a los problemas que verbalizan los enfermos, cabría esperar una cierta especificidad, aunque no de forma generalizada. Así,

vaya por caso, muchos enfermos de cáncer (entre ellos los que sufren cáncer de mama, de útero o de piel) deberían presentar mayor volumen de problemas sexuales y, posiblemente, como secuela de ello, la aparición de otros problemas de relaciones con la pareja, que el resto de grupos de enfermos (Ganz, 1992; Matthews y cols., 1999). Por el contrario, la aparente carencia de sintomatología presente en la hipertensión permite esperar que en este grupo se presente menor número de problemas que el resto (Rosen y Kostis, 1985). El grupo de diálisis debería aparecer como el más perjudicado, dadas las complejas características de su dolencia (Evans y cols., 1985; Petrie, 1989; Morris y Jones, 1989; Zimmermann, 1989).

II.d. La connotación sobre la “amenaza de muerte” que aflora en determinadas enfermedades frente a otras que no la tienen (cáncer frente a hipertensión, por ejemplo), incidiría sobre los aspectos más relevantes pero no sobre todos los que cubre la multidimensionalidad de “calidad de vida”.

### **5.2.2. CALIDAD DE VIDA, AFRONTAMIENTO Y PERSONALIDAD**

III. Las variables de calidad de vida tendrían relaciones con características de personalidad tradicionalmente estudiadas. Se ha señalado que a mayor nivel de neuroticismo y ansiedad, mayor tendencia a presentar quejas somáticas (Costa, Zonderman, Engel y cols., 1985; Costa y McCrae, 1987; Watson y Pennebaker, 1989; Lauver y Johnson, 1997), encontrándose también mayor prevalencia de alteraciones neuróticas en personas que habían sufrido infartos frente a aquellos que no padecían ningún tipo de enfermedad (Antequera y cols., 1997). También se ha señalado la existencia de un tipo de personalidad propensa al cáncer (tipo C) (Grossarth-Maticek, Eysenck, Pfeifer, Schmidt y Koppel, 1997), que se caracteriza por una tendencia a no expresar emociones, dificultad en afrontar el estrés y sentimientos de desamparo y desesperanza (Eysenck, 1991, 1993, 1994). Sería necesario contrastar si este patrón específico del enfermo de cáncer no reflejaría en realidad una “personalidad del enfermo crónico” (Pelechano, 1999).

IV. Las variables de calidad de vida tendrían relaciones con las estrategias de afrontamiento que usan las personas ante situaciones de crisis, como puede ser una enfermedad. Los factores de afrontamiento modularían las diferencias encontradas en calidad de vida (por ejemplo, Felton y Revenson, 1984; Bonbardier, D’Amico y Jordan, 1990; Smári y Valtýsdóttir, 1997; Christensen y cols., 2000).

### **5.2.3. PAPEL DE LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS**

V. El hecho de estar o no enfermo o pertenecer a un grupo específico de enfermedad, serían las principales variables responsables de las diferencias en calidad de vida, sin que las variables demográficas usualmente estudiadas, tales como edad, sexo, profesión, nivel de escolarización o estado civil, tengan un efecto relevante sobre esta diferenciación. Por tanto, las diferencias en variables socio-demográficas no invalidarían las encontradas entre los grupos.

## **6. MÉTODO**

## 6. MÉTODO

### 6.1. PROCEDIMIENTO

En primer lugar hay que señalar que este trabajo forma parte del proyecto *Evaluación subjetiva de la calidad de vida en enfermos físicos crónicos: determinantes y la propuesta de un modelo*, subvencionado por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (PS94-0078).

El procedimiento seguido estaba compuesto de varias fases. En primer lugar se contactó con varios servicios de los centros hospitalarios de Nuestra Señora de la Candelaria y del Hospital Universitario de Canarias, con el fin de poder acceder libremente a los diferentes servicios<sup>7</sup>. Esto nos permitió contactar con los pacientes, o incluso realizar el pase de pruebas dentro del propio recinto hospitalario, como ocurrió por ejemplo en el caso de diálisis. Hay que destacar la gran colaboración que se obtuvo por parte del personal sanitario en todos los casos, sin que surgiera ningún tipo de problema.

Posteriormente se pasó a entrenar a estudiantes del segundo ciclo de Psicología para que llevaran a cabo el pase de pruebas. Se ponía especial esmero en este entrenamiento, dado lo vital que resultaba la recopilación fiable y amplia de la información dada por el paciente.

El pase de pruebas propiamente dicho se realizaba, previa aceptación por parte del paciente, bien en su domicilio o en el centro hospitalario en el caso de los enfermos renales terminales (mientras el paciente estaba conectado a la máquina de diálisis). Este pase no se realizaba en una única sesión, sino que solía ocupar de cuatro a cinco aproximadamente. La duración de cada sesión estaba en función del paciente, abarcando desde 30 minutos a 2 horas aproximadamente.

En cuanto a la muestra de no enfermos, se contactó con ellos a través de los alumnos de psicología de segundo ciclo que elegían entre sus familiares aquellos cuyas características socio-demográficas se asemejaban más con las de los enfermos.

Una vez terminada la fase de pase de pruebas se llevó a cabo la codificación de la entrevista, dado que la mayoría de las preguntas que se hacían en ella eran abiertas. Se procedió, en primer lugar, a la extracción de los tipos de respuestas que los entrevistados daban, como paso previo a la elaboración de un sistema de codificación, que posteriormente habría que utilizar para transcribir la información dada, en un código numérico apto para la realización de análisis estadísticos computerizados. La codificación de las respuestas propiamente dicha, se realizó una vez establecida una validación interjueces.

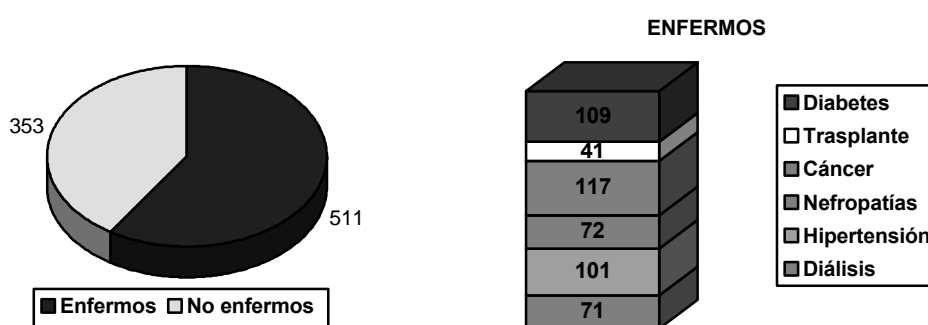
---

<sup>7</sup> Con respecto a esto tenemos que agradecer el apoyo y facilidades que se nos ofrecieron por parte de todo el personal de los distintos servicios especializados de estos centros, así como, y muy especialmente, a todos los enfermos que hicieron posible que estos datos vieran la luz. También hay que hacer mención de todos aquellos alumnos que colaboraron en los pases de pruebas y computerización de los datos. En una parte muy importante este trabajo también es obra de todos ellos.

## 6.2. MUESTRA

En este trabajo hemos contado con una muestra total de 864 personas de las cuales 511 eran enfermos crónicos y 353 personas que no padecían ningún tipo de enfermedad crónica. La muestra de enfermos estaba compuesta por seis subgrupos diagnósticos: enfermos renales terminales sometidos a diálisis, distintas nefropatías (glomérulonefritis, pielonefritis,...), hipertensión, trasplantados renales, enfermos oncológicos y diabéticos<sup>8</sup>, tal como se aprecia en la figura 1.

FIG. 1.- DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA



El grupo de hipertensión con que contamos está compuesto por personas que sufren el tipo esencial, es decir, de causa desconocida (aunque, como se ha comentado, se hayan descrito algunos factores de riesgo) y no totalmente controlados a partir de un régimen farmacológico. Además de ser un factor de riesgo para otro tipo de enfermedades también lleva consigo regímenes dietéticos y farmacológicos (éstos con sus correspondientes efectos secundarios). En nuestra muestra predominan ligeramente las mujeres, mientras que la mayoría (el 60%) tienen edades comprendidas entre los 40 y los 60 años.

Aunque, como hemos comentado anteriormente, el cáncer ya no se puede considerar una única enfermedad, se sigue hablando de él de manera genérica y, de hecho, a nivel popular la imagen que se tiene del cáncer es independiente del tipo de que se trate. La connotación de muerte próxima o de agresividad de los tratamientos está siempre presente. Por tanto, también aquí lo vamos a tratar de manera genérica, aunque siempre teniendo en cuenta que la mayor parte de nuestra muestra estaba constituida por mujeres que padecían cáncer de mama o de útero. Concretamente, el 70% de la muestra son mujeres, situándose también las edades más frecuentes en el intervalo de 40 a 60 años. Aunque en todos los

<sup>8</sup> Para hacer más clara la redacción de los resultados, en adelante a estos grupos los denominaremos: diálisis, hipertensión, nefropatías, trasplante, cáncer, diabetes y no enfermos.

grupos predomina la profesión de ama de casa, es éste el que presenta un porcentaje mayor.

El grupo de enfermedad renal terminal está compuesto por personas que tienen un déficit de funcionamiento renal por encima del 95% y que, por tanto, necesitan de la diálisis para realizar la función renal. En nuestra muestra la mayoría de enfermos eran sometidos a hemodiálisis hospitalaria, siendo muy pocos los que utilizaban la peritoneal. Los enfermos también deben someterse a importantes regímenes medicamentosos y dietas alimenticias más o menos estrictas con especial énfasis en el control de la ingestión de líquidos. En esta muestra, diálisis y trasplante son los únicos grupos en que hay mayor número de hombres, mientras que existe una mayor dispersión de edades, como sucede en los otros dos grupos renales (nefropatías y trasplante).

Otro grupo de enfermos renales estaba constituido por trasplantados renales con éxito. Estos pacientes ya no necesitan la diálisis para realizar la función renal, aunque esto no significa una vuelta a la "normalidad", puesto que deben seguir sometiéndose a tratamiento. Aunque es uno de los grupos con más dispersión de edades, no se sitúa ninguno por encima de los 60 años.

El último grupo renal está constituido por distintas nefropatías, principalmente pielonefritis y glomerulonefritis. Se trata de un grupo un tanto heterogéneo puesto que padecen distintas patologías renales pero que no necesitan un tratamiento que "sustituya" al riñón, aunque sí están sometidos a regímenes alimentarios y/o farmacológicos en muchos casos.

El grupo de diabetes está formado por pacientes que sufren diabetes mellitus Tipo I o insulinodependiente. En este caso está causada por un defecto absoluto de insulina, considerándose la forma más severa con complicaciones como la enfermedad cardíaca o nefropatías de distinta índole. La muestra de diabetes es la más joven, puesto que el 45% tiene menos de 30 años, aunque también presenta un porcentaje considerable que se sitúa entre los 50 y 60 años (concretamente el 31,2%). No es extraño, por tanto que sea el que tenga mayor porcentaje de solteros y de estudiantes.

En el cuadro número 6.1. aparece la distribución de las características demográficas para cada uno de los grupos, en el que se encuentran una serie de aspectos a destacar. Por un lado, en cuanto al género, vemos que hay un ligero predominio de las mujeres sobre los hombres, aunque esta tendencia se invierte en el caso de los grupos de diálisis y trasplante. En cuanto a la edad, la mayoría parece situarse entre los cuarenta y los sesenta años, aunque en el caso del grupo de diabetes, como hemos dicho, hay un porcentaje significativo que se encuentra por debajo de los treinta años.

Por lo que se refiere al estado civil la moda, de manera bastante clara, es estar casado, aunque vuelve a ser el grupo de diabetes el que presenta una diferenciación con el resto, puesto que su porcentaje de solteros es bastante superior al del resto de los grupos (lo que se relaciona fácilmente con los datos referidos a la edad).



**CUADRO N° 6.1.- DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN CADA UNO DE LOS GRUPOS DE ENFERMOS Y EN LOS NO ENFERMOS**

	Diálisis N=71		Hiperten. N=101		Nefropat. N=72		Trasplant. N=41		Cáncer N=117		Diabetes N=109		No Enfer. N=353		Total N=864	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>GÉNERO</b>																
Mujer	24	33.8	56	55.4	40	55.6	14	34.1	81	69.2	60	55.0	201	56.9	476	55.1
Hombre	47	66.2	45	44.6	32	44.4	27	65.9	36	30.8	49	45.0	152	43.1	388	44.9

	Diálisis		Hiperten.		Nefropat.		Trasplant.		Cáncer		Diabetes		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>EDAD</b>																
Menos de 21	4	5.6	1	1.0	8	11.1	1	2.4	1	0.9	21	19.3	24	6.8	60	6.9
21-30 años	11	15.5	15	14.8	15	20.8	9	22.0	7	6.0	28	25.7	74	20.9	159	18.4
31-40	16	22.5	13	12.9	16	22.2	11	26.8	22	18.8	6	5.5	67	19.0	151	17.5
41-50	14	19.7	31	30.7	20	27.8	8	19.5	37	31.6	13	11.9	117	33.1	240	27.8
51-60	16	22.5	29	28.7	10	13.9	11	26.8	31	26.5	34	31.2	62	17.6	193	22.3
Más de 60	10	14.1	9	8.9	2	2.8	-	-	19	16.2	6	5.5	8	2.3	54	6.3
No contesta	-	-	3	3.0	1	1.4	1	2.4	-	-	1	0.9	1	0.3	7	0.8

	Diálisis		Hiperten.		Nefropat.		Trasplant.		Cáncer		Diabetes		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>ESTADO CIVIL</b>																
Soltero	19	26.8	13	12.9	22	30.5	11	26.8	14	12.0	44	40.4	112	31.7	235	27.2
Casado	48	67.6	74	73.2	44	61.1	26	63.4	94	80.3	56	51.4	205	58.1	547	63.3
Viudo	1	1.4	3	3.0	1	1.4	1	2.4	4	3.4	8	7.3	15	4.2	33	3.8
Separado	-	-	8	7.9	3	4.2	2	4.9	3	2.6	-	-	13	3.7	29	3.4
Divorciado	3	4.2	3	3.0	-	-	-	-	1	0.8	-	-	8	2.3	15	1.7
No contesta	-	-	-	-	2	2.8	1	2.4	1	0.8	1	0.9	-	-	5	0.6

	Diálisis		Hiperten.		Nefropat.		Trasplant.		Cáncer		Diabetes		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>PROFESIÓN</b>																
Parado	7	9.9	3	3.0	7	9.7	1	2.4	7	6.0	3	2.7	12	3.4	40	4.6
Trabajo no cualificado	13	18.3	17	16.8	12	16.7	8	19.5	25	21.4	10	9.2	50	14.2	135	15.6
Trabajo maual cualificado	14	19.7	22	21.7	15	20.8	11	26.8	18	15.4	12	11.0	74	21.0	166	19.2
Administrativo rango superior	2	2.8	3	3.0	1	1.4	2	4.9	1	0.8	2	1.8	20	5.7	31	3.6
Profesional medio pequeña empresa	9	12.7	12	11.9	3	4.2	2	4.9	6	5.1	10	9.2	47	13.3	89	10.3
Profesional liberal, ejecutivo y militar oficial	1	1.4	2	2.0	1	1.4	1	2.4	3	2.6	3	2.7	9	2.5	20	2.3
Pensionista	-	-	-	-	2	2.8	-	-	1	0.8	7	6.4	-	-	10	1.2
Estudiante	2	2.8	1	1.0	10	13.9	5	12.2	2	1.7	22	20.2	57	16.1	99	11.5
Ama de casa	16	22.5	38	37.6	16	22.2	6	14.6	48	41.0	33	30.3	79	22.4	236	27.3
Jubilado	4	5.6	3	3.0	2	2.8	1	2.4	5	4.3	2	1.8	3	0.8	20	2.3
No contesta	3	4.2	-	-	3	4.1	4	9.8	1	0.8	5	4.6	2	0.6	18	2.1

	Diálisis		Hiperten.		Nefropat.		Trasplant.		Cáncer		Diabetes		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>NIVEL ESCOLAR</b>																
No sabe leer y escribir	4	5.6	3	3.0	3	4.2	1	2.4	13	11.1	6	5.5	2	0.6	32	3.7
Primaria	53	74.6	68	67.3	46	63.9	30	73.2	75	64.1	70	64.2	164	46.4	506	58.6
Bachillerato o FP	3	4.2	19	18.8	11	15.3	7	17.1	18	15.4	15	13.8	134	38.0	207	23.9
Universidad	10	14.1	11	10.9	8	11.1	3	7.3	10	8.5	14	12.8	50	14.2	106	12.3
No contesta	1	1.4	-	-	4	5.5	-	-	1	0.9	4	3.7	3	0.8	13	1.5

	Diálisis		Hiperten.		Nefropat.		Trasplant.		Cáncer		Diabetes		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Nº DE HIJOS</b>																
Ninguno	21	29.6	14	13.8	24	33.3	15	36.6	16	13.7	37	33.9	119	33.7	246	28.5
1-2	26	36.6	41	40.6	22	30.6	17	41.5	48	41.0	26	23.9	126	35.7	306	35.4
3-4	17	24.0	30	29.7	17	23.6	8	19.5	34	29.1	23	21.1	92	26.1	221	25.5
5 ó más	7	9.8	14	13.8	7	9.7	1	2.4	18	15.4	16	14.7	16	4.5	79	9.2
No contesta	-	-	2	2.0	2	2.8	-	-	1	0.8	7	6.4	-	-	12	1.4

	Diálisis		Hiperten.		Nefropat.		Trasplant.		Cáncer		Diabetes		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>DOMICILIO</b>																
Menos de 10.000 habitantes	17	23.9	24	23.7	13	18.0	13	31.7	37	31.6	35	32.1	35	9.9	174	20.1
Entre 10.000 y 50.000	12	16.9	12	11.9	9	12.5	11	26.8	23	19.6	32	29.3	80	22.7	179	20.7
Más de 50.000	15	21.1	23	22.8	22	30.6	7	17.1	23	19.7	12	11.0	76	21.5	178	20.6
Capitales	26	36.6	42	41.6	22	30.6	9	22.0	29	24.8	26	23.9	113	32.0	267	30.9
No contesta	1	1.4	-	-	6	8.3	1	2.4	5	4.3	4	3.7	49	13.9	66	7.6

**NOTA:** Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
 N= número de personas en cada grupo y categoría.  
 %= porcentaje de personas en cada grupo y categoría.

---

En el cuadro correspondiente a la ocupación profesional vemos que las amas de casa predominan en la mayoría de los grupos, excepción hecha del grupo de trasplante, en que es el trabajo manual cualificado el que se sitúa con mayor porcentaje. Después de las amas de casa, aparecen el trabajo manual cualificado y el no cualificado en segundo y tercer lugar respectivamente, salvo en el grupo de diabetes, donde los estudiantes constituyen el segundo grupo más numeroso.

En nivel escolar, la mayoría de las personas que constituyen la muestra sólo ha superado la enseñanza primaria, que es la moda en todos los grupos, destacando sólo un mayor porcentaje de personas que han superado el Bachillerato o la Formación Profesional en el grupo de no enfermos.

En cuanto al número de hijos, la moda está en tener uno o dos, en el total y para la mayoría de los grupos, aunque hay porcentajes bastantes cercanos para las personas sin hijos y con tres o cuatro.

Por último, el mayor porcentaje de personas reside en la capital de la provincia, aunque en los grupos de trasplante, cáncer y diabetes la moda se encuentra en localidades de menos de 10.000 habitantes.

En el cuadro 6.2. se presentan las comparaciones entre todos los enfermos de manera conjunta y los no enfermos. En general, se puede decir que no hay grandes diferencias entre unos y otros. No obstante hay que señalar algunos aspectos. En cuanto al género, hay mayor predominio de mujeres en los dos grupos aunque es ligeramente superior en el de no enfermos. En las edades tampoco se aprecian grandes diferencias, aunque hay mayor porcentaje de enfermos por encima de los 50 años, mientras que la moda en no enfermos se sitúa claramente en el intervalo entre 41 y 50 años. También hay un mayor porcentaje de casados entre los enfermos, mientras que ocurre al contrario con los solteros. En cuanto al puesto de trabajo lo único destacable es la presencia de más profesionales medios y estudiantes en el grupo de no enfermos, siendo menor el de amas de casa. Donde sí podemos decir que hay diferencias apreciables, tomando a todos los grupos de enfermos conjuntamente frente a no enfermos, es en el nivel académico, puesto que los enfermos tienen en general menor nivel que los no enfermos. Éstos también presentan un mayor número de personas sin hijos, mientras que por lo que se refiere al domicilio, las únicas diferencias apreciables se encuentran en los residentes en poblaciones de menos de 10.000 habitantes, donde el porcentaje de enfermos es mayor.

**CUADRO Nº 6.2.- DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN ENFERMOS Y EN NO ENFERMOS**

	Enfermos N= 511		No Enfer. N=353		Total N=864	
	N	%	N	%	N	%
<b>GÉNERO</b>						
Mujer	275	53.8	201	56.9	476	55.1
Hombre	236	46.2	152	43.1	388	44.9

	Enfermos		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>EDAD</b>						
Menos de 21	36	7.0	24	6.8	60	6.9
21-30 años	85	16.6	74	20.9	159	18.4
31-40	84	16.4	67	19.0	151	17.5
41-50	123	24.2	117	33.1	240	27.8
51-60	131	25.6	62	17.6	193	22.3
Más de 60	46	9.0	8	2.3	54	6.3
No contesta	6	1.2	1	0.3	7	0.8

	Enfermos		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Soltero	123	24.1	112	31.7	235	27.2
Casado	342	66.9	205	58.1	547	63.3
Viudo	18	3.5	15	4.2	33	3.8
Separado	16	3.1	13	3.7	29	3.4
Divorciado	7	1.4	8	2.3	15	1.7
No contesta	5	1.0	-	-	5	0.6

	Enfermos		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>PROFESIÓN</b>						
Parado	28	5.5	12	3.4	40	4.6
Trabajo no cualificado	85	16.6	50	14.2	135	15.6
Trabajo maual cualificado	92	18.0	74	21.0	166	19.2
Administrativo rango superior	11	2.2	20	5.7	31	3.6
Profesional medio pequeña empresa	42	8.2	47	13.3	89	10.3
Profesional liberal, ejecutivo y militar oficial	11	2.2	9	2.5	20	2.3
Pensionista	10	2.0	-	-	10	1.2
Estudiante	42	8.2	57	16.1	99	11.5
Ama de casa	157	30.7	79	22.4	236	27.3
Jubilado	17	3.3	3	0.8	20	2.3
No contesta	16	3.1	2	0.6	18	2.1

	Enfermos		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>NIVEL ESCOLAR</b>						
No sabe leer y escribir	30	5.9	2	0.6	32	3.7
Primaria	342	66.9	164	46.4	506	58.6
Bachillerato o FP	73	14.3	134	38.0	207	23.9
Universidad	56	11.0	50	14.2	106	12.3
No contesta	10	1.9	3	0.8	13	1.5

	Enfermos		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Nº DE HIJOS</b>						
Ninguno	127	24.9	119	33.7	246	28.5
1-2	180	35.2	126	35.7	306	35.4
3-4	129	25.2	92	26.1	221	25.5
5 ó más	63	12.3	16	4.5	79	9.2
No contesta	12	2.3	-	-	12	1.4

	Enfermos		No Enfer.		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>DOMICILIO</b>						
Menos de 10.000 habitantes	139	27.2	35	9.9	174	20.1
Entre 10.000 y 50.000	99	19.4	80	22.7	179	20.7
Más de 50.000	102	20.0	76	21.5	178	20.6
Capitales	154	30.1	113	32.0	267	30.9
No contesta	17	3.3	49	13.9	66	7.6

**NOTA:** Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

N= número de personas en cada grupo y categoría.

%= porcentaje de personas en cada grupo y categoría.

### 6.3. INSTRUMENTOS

Toda la muestra de enfermos y no enfermos cumplieron una batería de pruebas compuesta por una entrevista de calidad de vida (ECAVI), un cuestionario sobre estrategias de afrontamiento (EEAA) y tres cuestionarios de personalidad, de nivel de consolidación básico (EN) e intermedio (LOCUS y MOTEX).

La entrevista (ECAVI), de Pelechano, es un instrumento multidimensional en el que se intenta recoger un amplio espectro de dimensiones que pueden constituir calidad de vida. La elaboración de dichas dimensiones se basa en una revisión de la bibliografía existente sobre el tema. Aunque, como comentamos en apartados previos, no existe una clara especificación de lo que se entiende por calidad de vida y, por tanto, de lo que hay que medir, sí había una serie de aspectos en los que había un cierto consenso entre la mayoría de los autores, a la hora de entenderlos como indicadores importantes de calidad de vida.

Partiendo de esta base, se pasó a la elaboración de la entrevista compuesta por nueve áreas, que pasamos a especificar:

1. Identificación, que básicamente se refiere a la descripción de características socio-demográficas.

2. Datos familiares. En esta sección se incluyen aspectos referidos a salud y a problemas familiares.

3. Datos relacionados con salud física. Se hace referencia aquí a restricciones de régimen de vida y alimenticio, toma de medicación y problemas por los que ha ido al médico. También se incluye un apartado sobre problemas más importantes (familiares, laborales y con amigos) y su gravedad.

4. Relaciones sociales y familiares de ocio y amistad, tanto cantidad como calidad de dichas relaciones y de qué manera se han visto afectadas últimamente (o después de la aparición de la enfermedad).

5. Datos laborales. Se recogen aquí un amplio abanico de aspectos como el tipo de ocupación, satisfacción laboral, existencia de problemas económicos y laborales, y aspiraciones.

6. Relaciones sexuales. Se profundiza en la presencia de cambios en las relaciones sexuales, que en el caso de los enfermos se situarían una vez que la enfermedad ha aparecido, mientras que en los no enfermos se refiere a si últimamente han aparecido cambios. También se indaga sobre la existencia de problemas anteriormente, sentimientos de ansiedad o miedo, posibilidad de que la pareja le rehuya y la necesidad de diálogo en torno a este tema.

7. Inventario de problemas genéricos (sintomatología general), seleccionados a partir del *Cornell Medical Index*, en el que se detalla sintomatología física, entre cuyos items se incluyeron además una serie de problemas de índole económico, laboral, afectivo y cognitivo, preguntados de manera genérica y que servían tanto para obtener información cruzada evaluada

---

en otros instrumentos, como para incorporar estimaciones genéricas y orientadoras del estado de ánimo y posición general ante la vida.

8. Actividades de consolación. En este apartado se incluyen aspectos como el recurso a la religión, a las personas cercanas o a las asociaciones, cuando se tienen problemas de salud. Se incorporan unas cuestiones acerca de la calidad y tipos de la asistencia sanitaria.

9. Ocio y diversión. Se pretende fundamentalmente recoger el tipo de actividades que las personas hacen en su tiempo libre, lo que les gustaría hacer y aquellas actividades que les gustaba realizar y ya no pueden por diferentes circunstancias (en el caso de los enfermos, debido a su enfermedad).

Tanto la entrevista como su correspondiente clave de corrección aparecen en el Anexo II.

Por otro lado se cumplimentaron varias pruebas de personalidad (que aparecen en el Anexo III). A nivel básico se administró el cuestionario EN de Pelechano (Pelechano, 1972), que intenta medir dos dimensiones básicas: extraversión y neuroticismo, y que constituye una selección y adaptación de items del EPI de Eysenck a la población española. Consta de 36 items de respuesta obligada (sí y no) que se agrupan en dos factores empíricos: *neuroticismo* e *introversión social*.

Para muestrear un nivel intermedio de generalización y consolidación se cumplimentaron dos cuestionarios: el LOCUS y el MOTEX, ambos de Pelechano. El primero de ellos es producto de la depuración del cuestionario LUCAM (Pelechano y Báguena, 1983) realizado con una amplia muestra de enfermos crónicos junto a adultos de extracción incidental. Mide locus de control y está formado por 62 items con cuatro opciones de respuesta obligada (nunca, alguna vez, frecuentemente y siempre), que se agrupan en tres factores de segundo orden: 1. *Control externo (hadós y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad*; 2. *Factor bipolar: actualismo (no importa el futuro) con exculpación en tareas de grupo y exigencia personal en logro de metas*; 3. *Control externo social generalizado sobre trabajo (modo y resultado) y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales*.

El MOTEX proviene también de la depuración de dos cuestionarios: EME (Pelechano y Báguena, 1981a, 1981b, 1981c; Pelechano y Guerra, 1981; Pelechano y Mateu, 1981) y MAE (Pelechano, 1975). Mide motivación extrema y motivación realista ante el mundo laboral. Está compuesto por 45 items de respuesta obligada (sí y no) englobados en tres factores racio-empíricos de orden superior: 1. *Imagen extremada y positiva de uno mismo*; 2. *Inhibición ante estrés y ansiedad perturbadora*; 3. *Activación ante estrés, sobrecarga y tendencia a la acción*.

Por último se cumplimentó una prueba de *Estrategias de Afrontamiento* de Pelechano. Dicho cuestionario se basa en el *Ways of Coping Checklist* de Lazarus y Folkman, y trata de apresar la manera en que los enfermos afrontan su enfermedad o, en el caso de los no enfermos, un suceso estresante importante. Consta de 78 items con cuatro opciones de respuesta (en absoluto, ligeramente de

acuerdo, bastante de acuerdo, totalmente de acuerdo), que conforman una estructura de 16 factores de primer orden agrupados en 3 de segundo orden: 1. *Adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal*; 2. *Negación de gravedad con inculpación a familia*; 3. *Desesperación e inconformismo*.



## **7. RESULTADOS**

## 7. RESULTADOS

En este apartado vamos a mostrar datos obtenidos a partir de la aplicación de las pruebas presentadas a la muestra de enfermos y no enfermos con que hemos contado. Se pretende dar respuesta a aquellos objetivos que en principio nos planteamos y que se concretaron en las distintas hipótesis. Los apartados siguientes intentan dar respuesta a esas cuestiones, entre las que podríamos destacar como núcleos relevantes: la estructura factorial de la calidad de vida tanto para enfermos como para no enfermos, el estudio de las diferencias en calidad de vida entre los distintos grupos y la influencia que características de personalidad, estrategias de afrontamiento y variables socio-demográficas puedan tener sobre la evaluación de la misma.

### 7.1. ESTRUCTURACIÓN DE CALIDAD DE VIDA: ANÁLISIS FACTORIALES DE PRIMER Y SEGUNDO ORDEN

Iremos dando respuesta a las distintas hipótesis en el mismo orden en que se enumeraron, por lo que en primer lugar presentamos la verificación empírica de la multidimensionalidad de la calidad de vida. Hemos de tener en cuenta, sin embargo, que la entrevista de calidad de vida (instrumento principal en este estudio) es amplia y compleja y que esta complejidad no es totalmente apresada por la factorización realizada, ya que como explicaremos en los párrafos siguientes, no todos los ítems podían ser incluidos en la misma. Por esto, aunque en el análisis factorial aparece un muestrario de ítems muy importantes para entender calidad de vida, es en el capítulo 7.2., donde se estudiarán todos y cada uno de los ítems que son recogidos en la entrevista de calidad de vida, al tiempo que se presentan los datos sobre diferencias bivariadas entre los distintos grupos.

Entrando ya en lo que se refiere a la verificación de la primera hipótesis, tenemos que tener en cuenta que, como hemos visto en apartados anteriores, no ha habido trabajos empíricos que hayan dejado clara la estructuración de calidad de vida, contando, como mucho, con un cierto *consenso* acerca de las áreas que *distintos autores consideran* que constituyen calidad de vida. De este *consenso* partimos, pero teniendo claro que en principio éste sólo ha estado en la *cabeza* de los investigadores. Aquí tratamos de comprobar si esta forma de entender las distintas áreas de calidad de vida está también en la *cabeza* de los enfermos. Para ello se procedió a la realización de distintos análisis factoriales sobre las variables de calidad de vida, que previamente se sometieron a una selección que hiciera viable la aplicación de dicho método multivariado. Estos pasos se detallan a continuación.

#### 7.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE ITEMS

Contamos con un gran número de variables que creemos son indicadores de calidad de vida para enfermos y no enfermos y que como ya hemos dicho analizaremos más en profundidad en el capítulo 7.2. Veremos que éstas abarcan distintas áreas que teóricamente parecen relevantes a la hora de evaluar calidad de vida y que son: 1. Características socio-demográficas; 2. Datos familiares (en el que se incluyen aspectos referidos a salud y a problemas familiares); 3. Datos

---

relacionados con salud física; 4. Relaciones sociales y familiares de ocio y amistad; 5. Datos laborales; 6. Relaciones sexuales; 7. Inventario de problemas genéricos (sintomatología general); 8. Actividades de consolación (incluyen aspectos como el recurso a la religión, a las personas cercanas o a las asociaciones, cuando se tienen problemas de salud); 9. Ocio y diversión. Pero, ni todos los items son igualmente relevantes, ni todos poseen características psicométricas que hagan viable su inclusión en un análisis factorial. Teniendo ambas premisas en cuenta, se procedió a la elección de los items en función de estos aspectos:

- En primer lugar, se incluían aquellos que se consideraban teóricamente comparables y representativos de las distintas áreas de calidad de vida para los enfermos crónicos y los no enfermos, con el fin de poder ofrecer una estructura común. Ello implicaba la eliminación de un conjunto de variables dadas sus propiedades psicométricas y adecuación lógica (por ejemplo algunos items referidos a sintomatología).
- En segundo lugar, que además presentaran unas características psicométricas adecuadas. Éstas eran básicamente dos: por un lado, que no presentaran una elevada asimetría y, por otro, que sus desviaciones típicas no superaran el valor de la media.
- En tercer lugar, se agruparon algunos de los items que se referían, racionalmente, a aspectos comunes (por ejemplo, problemas de relaciones sexuales).

En base a estos criterios, se eligieron para ser incluidos en el análisis factorial un total de 61 items en los que se encuentran representados todas las áreas evaluadas con la entrevista de calidad de vida.

#### **7.1.2. SOLUCIÓN FACTORIAL DE PRIMER ORDEN**

Una vez elegidos los items, se realizó un análisis factorial de componentes principales<sup>9</sup> y con rotación oblimin. El motivo fundamental de usar este tipo de extracción es que permite agrupar la información existente en menos variables y con pocas pérdidas de variables, lo que en nuestro caso resulta importante ya que todas las variables incluidas resultan teóricamente relevantes. Por este motivo, no se eliminaron aquellos factores compuestos por un sólo item, siendo el único criterio de inclusión que su saturación superara el valor de .30 (en el caso de que saturara en dos factores simultáneamente, se eligió aquél en el que el peso factorial fuera mayor).

Teniendo en cuenta que contamos entre nuestra muestra con dos grupos cualitativamente distintos (enfermos y no enfermos), realizamos análisis factoriales por separado para cada uno de ellos y otro de manera conjunta, este último con el fin de realizar posteriormente análisis multivariados con las dos muestras

---

<sup>9</sup> Aunque algunos autores no consideran este procedimiento como un análisis factorial propiamente dicho, aquí vamos a utilizar esta denominación, puesto que no se puede considerar incorrecta ya que, al igual que el análisis factorial tradicional, lo que intenta es organizar la información en un número menor de componentes.

conjuntamente, ofreciendo además la ventaja de contar con un mayor número de sujetos para la factorización<sup>10</sup>.

Antes de realizar cada análisis factorial, también se procedió a analizar las características de las puntuaciones (concretamente de las matrices de correlaciones, que aparecen en el Anexo I) para comprobar si era factible la realización de los mismos. Para ello se utilizaban: el Determinante de la matriz, la medida de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin y el Test de Esfericidad de Bartlett (a los que en adelante denominaremos Determinante, KMO y prueba de Bartlett, respectivamente)<sup>11</sup>.

En el caso del análisis factorial para los enfermos únicamente, tanto el Determinante como la prueba de Bartlett resultaron satisfactorios ( $p < .00006$ ), mientras que el KMO no fue muy elevado aunque sí aceptable (.50), en vista de lo cual se procedió a realizar la factorización. La solución aparece en el cuadro 7.1.

Se obtienen 25 factores de primer orden que explican el 69,3% de varianza. Como se puede apreciar, los factores no acumulan muchos items sino que estos aparecen dispersos en gran cantidad de factores, lo que es un primer indicador de la multidimensionalidad de calidad de vida, al menos, con respecto a los enfermos; aunque esto podrá comprobarse posteriormente con un nuevo análisis factorial con rotación varimax. Los factores de primer orden se denominaron:

F1ENF1: Menor deseo sexual, necesidad de mayor humanización y mejoras estructurales en sanidad.

F1ENF2: Importancia de las actividades deportivas hechas.

F1ENF3: Bondad de las asociaciones de enfermos (para dar apoyo especialmente).

F1ENF4: Consulta sus problemas médicos, especialmente a familiares.

F1ENF5: Problemas sexuales (anteriores), problemas familiares actuales y familiar con problemas de salud mental.

F1ENF6: En vacaciones, viaja, cambia su rutina diaria y no tiene problemas económicos.

---

<sup>10</sup> En este sentido, hay que señalar que la factorización con todos los grupos conjuntamente está compuesta por una muestra lo suficientemente amplia como para que la estructura resultante pueda considerarse como no aleatoria desde un punto de vista estadístico. Esto no invalida los realizados con enfermos y no enfermos por separado, sino que proporciona unas mayores garantías psicométricas.

<sup>11</sup> Hay que recordar que estos índices son simplemente orientativos, pero nos dan una idea de la adecuación de las puntuaciones a este tipo de procedimientos estadísticos. Tampoco existen unas normas totalmente justificadas por las que regirse pero sí hay una serie de aproximaciones. En el caso del determinante de la matriz de correlaciones, se considera mejor cuanto más bajo sea, mientras, en el caso del KMO es al contrario, considerándose que es aceptable (generalmente) por encima de .50. En la prueba de Bartlett, por el contrario, sí se señala una significación estadística, con lo que si resulta significativa quiere decir que los datos permiten el procedimiento de extracción factorial.

**CUADRO 7.1.- FACTORIAL DE PRIMER ORDEN SOLO PARA ENFERMOS SOBRE LAS VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA (N enfermos= 217)**

F1ENF1: Menor deseo sexual, necesidad de mayor humanización y mejoras estructurales en sanidad

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo16: Los fines de semana acude a eventos culturales, deportivos, religiosos,...	.40	.66
zsexo01: Cambios en sus relaciones sexuales	.67	.76
zsexo07: Menor deseo sexual	.78	.73
hospi04: La sanidad necesita: humanización	.43	.74
hospi06: La sanidad necesita: mejorar las condiciones estructurales, alimenticias,...	.40	.66
Valor propio total	3.75	
% de varianza explicada	6.2	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.56	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	6.06	
Alfa de Cronbach	.41	

F1ENF2: Importancia de las actividades deportivas hechas

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant05: Pérdidas: actividades deportivas	.75	.67
zjo05: De joven se divertía con: actividades deportivas	.84	.77
ztl05: En el tiempo libre le gustaría realizar: actividades deportivas	.40	.70
Valor propio total	2.80	
% de varianza explicada	4.6	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.43	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	5.56	
Alfa de Cronbach	.53	

F1ENF3: Bondad de las asociaciones de enfermos (para dar apoyo especialmente)

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
conso11: Las asociaciones de enfermos son buenas para buscar apoyo	.67	.67
conso14: Sí es bueno que haya asociaciones de enfermos	.79	.74
Valor propio total	2.53	
% de varianza explicada	4.1	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.07	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	4.16	
Alfa de Cronbach	.46	

## F1ENF4: Consulta sus problemas médicos, especialmente a familiares

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zconso04: Antes de ir al médico consulta con familiares	.89	.84
zconso08: Antes de ir al médico consulta con otras personas	.91	.89
Valor propio total	2.34	
% de varianza explicada	3.8	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.62	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	6.29	
Alfa de Cronbach	.84	

## F1ENF5: Problemas sexuales (anteriores), problemas familiares actuales y familiar con problemas de salud mental

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zsexo11: Ha tenido problemas anteriormente en sus relaciones sexuales	.73	.70
zent42: Tiene algún familiar alcohólico, drogadicto o con algún problema psicológico	.49	.62
zpf01: Tiene problemas de relaciones con la familia	.59	.69
Valor propio total	2.23	
% de varianza explicada	3.7	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.12	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	4.35	
Alfa de Cronbach	.32	

## F1ENF6: En vacaciones viaja, cambia su rutina diaria y no tiene problemas económicos

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zvaca08: En las vacaciones viaja o cambia de residencia	.84	.79
zvaca10: No tiene vacaciones o hace lo mismo de siempre	-.54	.78
trab05: Tiene problemas económicos	-.47	.60
Valor propio total	2.06	
% de varianza explicada	3.4	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.22	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	4.74	
Alfa de Cronbach	.42	

## F1ENF7: Sedentarismo en juventud

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo02: De joven se divertía con: actividades, juegos de reposo	.71	.70
Valor propio total	1.99	
% de varianza explicada	3.3	
Valor propio (sólo items que saturan)	0.50	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	1.94	
Alfa de Cronbach	-	

## F1ENF8: Satisfacción y relajación por su vida sexual

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zsexo12: Experimenta ansiedad, miedo, por su vida sexual	-.79	.72
zsexo13: Considera su vida sexual satisfactoria	.66	.66
Valor propio total	1.91	
% de varianza explicada	3.1	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.06	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	4.12	
Alfa de Cronbach	.44	

## F1ENF9: No realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana y en su juventud realizaba actividades al aire libre

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo10: Los fines de semana realiza actividades sociales extrafamiliares	-.81	.74
zjo13: En su juventud realizaba actividades al aire libre	.40	.64
Valor propio total	1.88	
% de varianza explicada	3.1	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	0.82	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	3.19	
Alfa de Cronbach	.15	

## F1ENF10: Gusto por trabajo o estudio y no por actividades domésticas o hobbies en tiempo libre

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
ztl04: En su tiempo libre le gustaría realizar: actividades domésticas, hobbies	-.57	.70
ztl09: En su tiempo libre le gustaría: trabajar y estudiar	.82	.76
Valor propio total	1.77	
% de varianza explicada	2.9	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.00	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	3.89	
Alfa de Cronbach	.35	

## F1ENF11: No realiza actividades al aire libre los fines de semana y gusto por sedentarismo

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo12: Los fines de semana realiza actividades al aire libre	-.72	.66
ztl02: En el tiempo libre le gustaría realizar: actividades y juegos de reposo	.41	.59
Valor propio total	1.62	
% de varianza explicada	2.7	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	0.69	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	2.68	
Alfa de Cronbach	.05	

F1ENF12: Realizaba actividades sociales extrafamiliares en juventud e inestabilidad laboral

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo01: En su juventud se divertía con: actividades sociales extrafamiliares	.77	.68
ztrab02: N° de trabajos que realizó en el pasado	.36	.59
Valor propio total	1.52	
% de varianza explicada	2.5	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	0.72	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	2.80	
Alfa de Cronbach	.13	

F1ENF13: Sale menos de casa (actividades sociales extrafamiliares, aire libre)

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant01: Pérdidas: actividades sociales extrafamiliares	.61	.61
zant03: Pérdidas: actividades al aire libre	.60	.67
zsoci04: Sale menos de casa	.69	.63
Valor propio total	1.48	
% de varianza explicada	2.4	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.21	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	4.70	
Alfa de Cronbach	.46	

F1ENF14: No hay necesidad de más y mejor personal sanitario

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
hospi07: La sanidad necesita: aumento y mejor preparación del personal sanitario	-.71	.65
Valor propio total	1.44	
% de varianza explicada	2.4	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.50	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	1.94	
Alfa de Cronbach	-	

F1ENF15: Sanidad masificada con valoración negativa, y realización de actividades al aire libre en juventud

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo03: En su juventud realizaba actividades al aire libre	.58	.70
hospi01: Valoración negativa de la asistencia sanitaria	.43	.75
hospi03: La sanidad necesita: eliminar la masificación	.79	.74
Valor propio total	1.37	
% de varianza explicada	2.2	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.15	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	4.47	
Alfa de Cronbach	.29	



F1ENF16: Visita al médico por problemas físicos leves y no por revisión y no tiene un régimen alimenticio severo

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
ent58: Régimen alimenticio severo	-.36	.73
ent60: Ha ido al médico por: revisión	-.72	.68
ent63: Ha ido al médico por: problemas físicos leves	.78	.69
Valor propio total		1.29
% de varianza explicada		2.1
Valor propio (sólo ítems que saturan)		1.26
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		4.90
Alfa de Cronbach		.40

F1ENF17: Disgusto por actividades al aire libre y sociales extrafamiliares, no ha hablado sobre sexo, y no considera pérdidas las actividades domésticas y hobbies

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant04: Pérdidas: actividades domésticas, laborales, hobbies	-.40	.67
ztl01: En su tiempo libre le gustaría realizar actividades sociales extrafamiliares	-.45	.73
ztl03: En su tiempo libre le gustaría realizar actividades al aire libre	-.75	.66
zsexo09: Ha hablado con su pareja sobre el sexo	-.43	.58
Valor propio total		1.26
% de varianza explicada		2.1
Valor propio (sólo ítems que saturan)		1.11
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		4.31
Alfa de Cronbach		.18

F1ENF18: Visitas familiares los fines de semana y acudía a eventos (deportivos, religiosos,...) en juventud

VARIABLE	Sat	h <sup>2</sup>
	.	
zjo07: En su juventud realizaba actividades culturales, deportivas, religiosas	.58	.61
zjo15: Los fines de semana realiza visitas y relaciones familiares	.74	.62
Valor propio total		1.23
% de varianza explicada		2.0
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.88
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		3.42
Alfa de Cronbach		.18

## F1ENF19: Disminución de relaciones sociales

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
soci01: Tiene relaciones menos intensas que los demás	.71	.62
zsoci02: Últimamente ha perdido amigos	.75	.71
zsoci03: Tiene más dificultades para conocer gente	.54	.68
Valor propio total	1.20	
% de varianza explicada	2.0	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.36	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	5.28	
Alfa de Cronbach	.53	

## F1ENF20: Sedentarismo en vacaciones y fines de semana

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo11: Los fines de semana realiza actividades y juegos de reposo	.55	.74
zvaca02: En vacaciones realiza actividades y juegos de reposo	.75	.68
Valor propio total	1.18	
% de varianza explicada	1.9	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.87	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	3.38	
Alfa de Cronbach	.36	

## F1ENF21: Importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
mgrave05: Problemas más importantes: laborales	-.67	.70
mgrave07: Problemas más importantes: la enfermedad o sus consecuencias físicas	.67	.65
Valor propio total	1.15	
% de varianza explicada	1.9	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.90	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	3.50	
Alfa de Cronbach	.23	

## F1ENF22: Pérdidas: trabajo, no puede hacer lo mismo, no realiza ocupación normal, y disminución frecuencia relaciones sexuales

VARIABLE	Sat	h <sup>2</sup>
zant09: Pérdidas: Trabajar y estudiar	.77	.69
zant10: Pérdidas: puede hacer las mismas cosas	-.53	.69
ztrab01: Ya no realiza su ocupación normal	.47	.73
zsexo06: Cambios en relaciones sexuales: disminución de frecuencia	.42	.61
Valor propio total	1.11	
% de varianza explicada	1.8	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.27	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	4.93	
Alfa de Cronbach	.52	

F1ENF23: No consulta a amigos problemas médicos y bondad de las asociaciones de enfermos para buscar información

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zconso05: Antes de ir al médico consulta a amigos	-.69	.67
conso12: Es bueno que los enfermos se reúnan y formen asociaciones para buscar información	.47	.69
Valor propio total	1.09	
% de varianza explicada	1.8	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.70	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	2.72	
Alfa de Cronbach	.11	

F1ENF24: No considera importantes los problemas económicos

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
mgrave06: Problemas más importantes: económicos	-.86	.81
Valor propio total	1.06	
% de varianza explicada	1.7	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.74	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	2.87	
Alfa de Cronbach	-	

F1ENF25: Realiza actividades al aire libre en vacaciones e importancia de la religión

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zvaca03: En las vacaciones realiza: actividades al aire libre	.79	.74
zconso05: Antes de ir al médico consulta a amigos	.60	.67
Valor propio total	1.00	
% de varianza explicada	1.6	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.98	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	3.81	
Alfa de Cronbach	.09	

**NOTA:**

Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
Sat.= saturación; h<sup>2</sup>= comunalidad.

- F1ENF7: Sedentarismo en juventud.  
F1ENF8: Satisfacción y relajación por su vida sexual.  
F1ENF9: No realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana y en su juventud realizaba actividades al aire libre.  
F1ENF10: Gusto por trabajo o estudio y no por actividades domésticas o hobbies en tiempo libre.  
F1ENF11: No realiza actividades al aire libre los fines de semana y gusto por sedentarismo.  
F1ENF12: Realizaba actividades sociales extrafamiliares en juventud e inestabilidad laboral.  
F1ENF13: Sale menos de casa (actividades sociales extrafamiliares, aire libre).  
F1ENF14: No hay necesidad de más y mejor personal sanitario.  
F1ENF15: Sanidad masificada con valoración negativa, y realización de actividades al aire libre en juventud.  
F1ENF16: Visita al médico por problemas físicos leves y no por revisión y no tiene un régimen alimenticio severo.  
F1ENF17: Disgusto por actividades al aire libre y sociales extrafamiliares, no ha hablado sobre sexo, y no considera pérdidas las actividades domésticas y hobbies.  
F1ENF18: Visitas familiares los fines de semana y acudía a eventos (deportivos, religiosos,...) en juventud.  
F1ENF19: Disminución de relaciones sociales.  
F1ENF20: Sedentarismo en vacaciones y fines de semana.  
F1ENF21: Importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales.  
F1ENF22: Pérdidas: trabajo, no puede hacer lo mismo, no realiza ocupación normal, y disminución frecuencia relaciones sexuales.  
F1ENF23: No consulta a amigos problemas médicos y bondad de las asociaciones de enfermos para buscar información.  
F1ENF24: No considera importantes los problemas económicos.  
F1ENF25: Realiza actividades al aire libre en vacaciones e importancia de la religión.

La solución factorial para los no enfermos (que presenta un Determinante y Bartlett satisfactorios, aunque un KMO bajo) se presenta en el cuadro 7.2. Se obtienen también 25 factores que explican el 70,3% de la varianza. Al igual que ocurre con el grupo de enfermos, los ítems vuelven a quedar bastante dispersos entre todos los factores, por lo que parece que ese atisbo de multidimensionalidad de que hablábamos también es aplicable a los no enfermos. En función de sus ítems los factores fueron denominados de la siguiente manera:

- F1NENF1: Insatisfacción sexual con cambios y disminución de frecuencia.

**CUADRO 7.2.- FACTORIAL DE PRIMER ORDEN SOLO PARA NO ENFERMOS SOBRE LAS VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA (N no enfermos= 158)**

F1NENF1: Insatisfacción sexual con cambios y disminución de frecuencia

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zsexo01: Ha habido cambios en sus relaciones sexuales	.77	.75
zsexo06: Cambios en relaciones sexuales: disminución de la frecuencia	.70	.73
zsexo13: Considera su vida sexual satisfactoria	-.69	.71
Valor propio total		3.51
% de varianza explicada		5.8
Valor propio (sólo items que saturan)		1.56
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		6.4
Alfa de Cronbach		.64

F1NENF2: Inestabilidad laboral, en vacaciones realiza actividades aire libre que no hacía en juventud, y no viaja

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant03: En su juventud se divertía con actividades al aire libre	-.47	.67
zvaca03: En su vacaciones realiza actividades al aire libre	.71	.70
zvaca08: En sus vacaciones viaja o cambia de residencia	-.38	.73
ztrab02: Variabilidad en el puesto de trabajo	.71	.68
Valor propio total		2.90
% de varianza explicada		4.8
Valor propio (sólo items que saturan)		1.37
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		5.6
Alfa de Cronbach		.31

F1NENF3: No va al médico por problemas físicos leves sino por revisión

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
ent60: Ha ido al médico por revisión	.73	.76
ent63: Ha ido al médico por problemas físicos leves	-.83	.78
Valor propio total		2.66
% de varianza explicada		4.4
Valor propio (sólo items que saturan)		1.22
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		5.0
Alfa de Cronbach		.60

F1NENF4: Consulta sus problemas médicos a amigos, no considera la enfermedad un problema importante y tiene relaciones sociales más intensas que los demás

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
mgrave07: Considera la enfermedad un problema importante	-.64	.67
zconso05: Consulta sus problemas médicos a amigos	.63	.72
soci01: Relaciones sociales menos intensas que los demás	-.43	.67
Valor propio total	2.35	
% de varianza explicada	3.9	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.59	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	2.4	
Alfa de Cronbach	.19	

F1NENF5: Consulta sus problemas médicos, especialmente a familiares

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zconso08: Antes de ir al médico consulta a otras personas	.89	.84
zconso04: Antes de ir al médico consulta a familiares	.88	.83
Valor propio total	2.21	
% de varianza explicada	3.6	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.57	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	6.4	
Alfa de Cronbach	.92	

F1NENF6: Importancia de las actividades deportivas hechas

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant05: Pérdidas: actividades deportivas	.77	.74
zjo05: De joven se divertía con: actividades deportivas	.40	.66
ztl05: En tiempo libre le gustaría realizar actividades deportivas	.70	.60
Valor propio total	2.08	
% de varianza explicada	3.4	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.24	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	5.1	
Alfa de Cronbach	.55	

F1NENF7: Asistencia a eventos y actividades aire libre en fines de semana y rechazo sedentarismo en tiempo libre

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo16: Los fines de semana acude a eventos culturales, deportivos, religiosos, ...	.77	.72
ztl02: En su tiempo libre le gustaría realizar actividades y juegos de reposo	-.40	.66
zjo12: Los fines de semana realiza actividades al aire libre	.32	.64
Valor propio total	2.03	
% de varianza explicada	3.3	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.79	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	3.2	
Alfa de Cronbach	.16	

F1NENF8: Disminución de relaciones sociales y rechazo de sedentarismo en fines de semana

VARIABLE	Sat	h <sup>2</sup>
zjo11: Los fines de semana realiza actividades y juegos de reposo	-.40	.69
zsoci02: Ultimamente ha perdido amigos	.75	.69
zsoci03: Ultimamente tiene más dificultades para conocer gente	.73	.68
zsoci04: Ultimamente sale menos de casa	.41	.64
Valor propio total	1.91	
% de varianza explicada	3.1	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.26	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	5.2	
Alfa de Cronbach	.47	

F1NENF9: Rutina diaria en vacaciones

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zvaca10: No tiene vacaciones o hace lo mismo del resto del año	.76	.70
Valor propio total	1.77	
% de varianza explicada	2.9	
Valor propio (sólo items que saturan)	.58	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	2.4	
Alfa de Cronbach	-	

F1NENF10: Rechazo trabajo y estudio en tiempo libre sin que los considere pérdida, y relajación en vida sexual

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant09: Pérdidas: trabajar y estudiar	-.64	.63
ztl09: En su tiempo libre le gustaría trabajar y estudiar	-.72	.65
zsexo12: Experimenta ansiedad, miedo o culpa a causa de su vida sexual	-.37	.67
Valor propio total	1.72	
% de varianza explicada	2.8	
Valor propio (sólo items que saturan)	.93	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	3.8	
Alfa de Cronbach	.27	

F1NENF11: No hay necesidad de más personal sino de más humanización en la sanidad, y no ha hablado de sexo con su pareja

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
hospi04: La sanidad necesita: humanización	.62	.64
hospi07: La sanidad necesita: aumento y mejor preparación del personal sanitario	-.77	.72
zsexo09: ha hablado con su pareja sobre sus relaciones sexuales	-.42	.77
Valor propio total		1.68
% de varianza explicada		2.8
Valor propio (sólo items que saturan)		.98
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		4.0
Alfa de Cronbach		.39

F1NENF12: No considera pérdidas las actividades sociales extrafamiliares, puede hacer lo mismo que antes y no tiene familiar con problemas mentales

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant01: Pérdidas: actividades sociales extrafamiliares	-.76	.75
zant10: Pérdidas: puede hacer las mismas cosas	.54	.75
zent42: Tiene algún familiar alcohólico, drogadicto o con otros problemas psicológicos	-.49	.67
Valor propio total		1.67
% de varianza explicada		2.7
Valor propio (sólo items que saturan)		1.11
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		4.6
Alfa de Cronbach		.45

F1NENF13: Bondad de las asociaciones de enfermos (para dar apoyo, especialmente) y necesidad de eliminar masificación de la sanidad

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
conso11: Es bueno que los enfermos se reúnan y formen asociaciones para buscar apoyo	.68	.67
conso14: Es bueno que los enfermos se reúnan y formen asociaciones	.51	.73
hospi03: Hay que eliminar la masificación de la sanidad	.47	.63
Valor propio total		1.60
% de varianza explicada		2.6
Valor propio (sólo items que saturan)		.72
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		3.0
Alfa de Cronbach		.18



F1NENF14: No acudía a eventos en su juventud, y no le gustaría realizar actividades aire libre

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo07: En su juventud se divertía acudiendo a eventos culturales, deportivos, religiosos, ...	-.80	.75
ztl03: En su tiempo libre le gustaría realizar actividades al aire libre	-.32	.70
Valor propio total		1.54
% de varianza explicada		2.5
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.74
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		3.0
Alfa de Cronbach		.09

F1NENF15: Importancia de problemas económicos y laborales, y realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo10: Los fines de semana realiza actividades sociales extrafamiliares	.49	.70
mgrave05: Considera importantes sus problemas laborales	.74	.73
mgrave06: Considera importantes sus problemas económicos	.72	.75
Valor propio total		1.44
% de varianza explicada		2.4
Valor propio (sólo ítems que saturan)		1.31
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		5.4
Alfa de Cronbach		.40

F1NENF16: Gusto por actividades domésticas en tiempo libre y valoración positiva de la asistencia sanitaria

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
ztl04: En su tiempo libre le gustaría realizar actividades domésticas, laborales, hobbies, ...	.79	.72
hospi01: Valoración negativa de la asistencia sanitaria	-.38	.66
Valor propio total		.72
% de varianza explicada		1.40
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.77
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		3.2
Alfa de Cronbach		.11

F1NENF17: Realizaba actividades sociales extrafamiliares y rechazo sedentarismo en juventud, y problemas familiares actuales

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo01: En su juventud se divertía con actividades sociales extrafamiliares	.77	.77
zjo02: En su juventud se divertía con actividades de reposo	-.56	.71
zpf01: Tiene problemas de relaciones familiares	.58	.67
Valor propio total		1.32
% de varianza explicada		2.2
Valor propio (sólo items que saturan)		1.24
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		5.1
Alfa de Cronbach		.21

F1NENF18: Pérdida actividades domésticas e importancia religión

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant04: Pérdidas: actividades domésticas, laborales, hobbies	.75	.73
conso03: Importancia de la religión	.65	.72
Valor propio total		1.28
% de varianza explicada		2.1
Valor propio (sólo items que saturan)		.99
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		4.1
Alfa de Cronbach		.23

F1NENF19: Sedentarismo en vacaciones y problemas económicos

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zvaca02: En las vacaciones realiza actividades de reposo	.76	.69
trab05: Tiene problemas económicos	.52	.68
Valor propio total		1.26
% de varianza explicada		2.1
Valor propio (sólo items que saturan)		.85
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		3.5
Alfa de Cronbach		.15

F1NENF20: Gusto por actividades sociales extrafamiliares en tiempo libre, y menor deseo sexual

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
ztl01: En su tiempo libre le gustaría realizar actividades sociales extrafamiliares	.82	.79
zsexo07: Cambios en sus relaciones sexuales: menor deseo	.52	.74
Valor propio total		1.21
% de varianza explicada		2.0
Valor propio (sólo items que saturan)		.94
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		3.9
Alfa de Cronbach		.37

F1NENF21: Realiza actividades domésticas y hobbies los fines de semana y realiza su actividad laboral habitual

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo13: Los fines de semana realiza actividades domésticas, laborales, hobbies, ...	.78	.71
ztrab01: Ya no realiza su ocupación normal	-.41	.67
Valor propio total		1.20
% de varianza explicada		2.0
Valor propio (sólo items que saturan)		.78
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		3.2
Alfa de Cronbach		.24

F1NENF22: Rechazo de asociaciones de enfermos para buscar información

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
conso12: Es bueno que los enfermos se reúnan y formen asociaciones para buscar información	-.82	.77
Valor propio total		1.19
% de varianza explicada		2.0
Valor propio (sólo items que saturan)		.67
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		2.7
Alfa de Cronbach		-

F1NENF23: Problemas sexuales (anteriores), realizaba actividades al aire libre en su juventud, y tiene régimen alimenticio

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zsexo11: Ha tenido problemas anteriormente en sus relaciones sexuales	.80	.75
zjo03: En su juventud se divertía realizando actividades al aire libre	.41	.58
Ent58: Régimen alimenticio severo	.34	.54
Valor propio total		1.10
% de varianza explicada		1.8
Valor propio (sólo items que saturan)		.81
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		3.3
Alfa de Cronbach		.21

F1NENF24: No se necesita una mejora de las condiciones estructurales de la sanidad

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
hospi06: La sanidad necesita: mejorar las condiciones estructurales, alimenticias, ....	-.81	.78
Valor propio total		1.05
% de varianza explicada		1.7
Valor propio (sólo items que saturan)		.66
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		2.7
Alfa de Cronbach		-

F1NENF25: Visitas familiares los fines de semana

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo15: Los fines de semana realiza visitas y relaciones familiares	.83	.82
Valor propio total		1.04
% de varianza explicada		1.7
Valor propio (sólo items que saturan)		.69
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		2.8
Alfa de Cronbach		-

**NOTA:**

Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
Sat.= saturación; h<sup>2</sup>= comunalidad.

---

F1NENF2: Inestabilidad laboral, en vacaciones realiza actividades aire libre que no hacía en juventud, no viaja.

F1NENF3: No va al médico por problemas físicos leves sino por revisión.

F1NENF4: Consulta sus problemas médicos a amigos, no considera la enfermedad un problema importante y tiene relaciones sociales más intensas que los demás.

F1NENF5: Antes de ir al médico consulta sus problemas, especialmente a familiares.

F1NENF6: Importancia de las actividades deportivas hechas.

F1NENF7: Asistencia a eventos y actividades aire libre en fines de semana y rechazo sedentarismo en tiempo libre.

F1NENF8: Disminución relaciones sociales y rechazo de sedentarismo en fines de semana.

F1NENF9: Rutina diaria en vacaciones.

F1NENF10: Rechazo trabajo y estudio en tiempo libre sin que los considere pérdida, y relajación en vida sexual.

F1NENF11: No hay necesidad de más personal sanitario sino de más humanización, y no ha hablado de sexo con su pareja.

F1NENF12: No considera pérdidas las actividades sociales extrafamiliares, puede hacer lo mismo que antes y no tiene familiares con problemas mentales.

F1NENF13: Bondad de las asociaciones de enfermos (para dar apoyo, especialmente), y necesidad de eliminar masificación de la sanidad.

F1NENF14: No acudía a eventos en su juventud y no le gustaría realizar actividades al aire libre.

F1NENF15: Importancia de problemas económicos y laborales, y realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana.

F1NENF16: Gusto por actividades domésticas en tiempo libre y valoración positiva de la asistencia sanitaria.

F1NENF17: Realizaba actividades sociales extrafamiliares y rechazo sedentarismo en juventud, y problemas familiares actuales.

F1NENF18: Pérdida actividades domésticas e importancia de la religión.

F1NENF19: Sedentarismo en vacaciones y problemas económicos.

F1NENF20: Gusto por actividades sociales extrafamiliares en tiempo libre, y menor deseo sexual.

F1NENF21: Realiza actividades domésticas y hobbies los fines de semana y realiza su actividad laboral habitual.

F1NENF22: Rechazo de asociaciones de enfermos para buscar información.

F1NENF23: Problemas sexuales (anteriores), realizaba actividades al aire libre en juventud, y tiene régimen alimenticio.

F1NENF24: No hay necesidad de una mejora de las condiciones estructurales de la sanidad.

F1NENF25: Visitas familiares los fines de semana.

### 7.1.3. SOLUCIÓN FACTORIAL DE SEGUNDO ORDEN

Dado que la rotación empleada en primer orden fue oblimin, nos permite realizar un segundo orden también con extracción a partir de componentes principales y rotación varimax.

Se volvieron a llevar a cabo factorizaciones por separado para enfermos y no enfermos. Las matrices de correlaciones de ambos grupos aparecen en el anexo III. En el caso de los enfermos aunque el Determinante de la matriz de correlaciones no es muy bajo (.1119), sí era aceptable el KMO (.53) y resultaba muy significativa la prueba de Bartlett ( $p < .00006$ ). Del análisis factorial se obtuvieron un total de 10 factores que explican el 57,5% de la varianza, y que aparecen en el cuadro 7.3. Dado que incluyen variables de áreas un tanto dispersas, se le han dado nombres que pueden resultar largos pero que se consideraron más adecuados para describir cada factor.

El primero de ellos se ha denominado *importancia de la enfermedad y no de problemas laborales, insatisfacción sexual, y necesidad de humanización y mejoras estructurales en sanidad*, explica el 8.5% de la varianza y tiene un coeficiente de consistencia interna de .50. Está formado por 3 factores de primer orden (9 ítems).

El segundo, *valoración negativa de la asistencia sanitaria: masificación y necesidad de más y mejor personal*, está constituido por dos factores de primer orden (4 ítems), explica el 7.1% y presenta un alfa de Cronbach de .40.

El tercer factor está formado por dos de primer orden (6 ítems) y se centra en *realización de actividades sociales extrafamiliares en la juventud y problemática laboral (inestabilidad, el trabajo como pérdida, no realiza la actividad habitual)*. Explica el 6.5% de la varianza y presenta un coeficiente de consistencia interna de .42.

En cuarto lugar aparece *sedentarismo (en vacaciones, fines de semana y en su juventud), menos salidas, y pérdida de actividades sociales extrafamiliares y al aire libre*, formado por 3 factores de primer orden (6 ítems). Su consistencia es de .45 y explica el 5.9% de la varianza.

El quinto factor se ha denominado *no consulta a amigos problemas médicos, bondad de las asociaciones de enfermos (información y apoyo) y aumento de las relaciones sociales*, y explica el 5.7% de la varianza con un alfa de .42. Está formado por 3 factores de primer orden (7 ítems).

Tres factores de primer orden (8 ítems) forman el de segundo *problemas sexuales (anteriores), problemas familiares, problemas médicos leves, no tiene régimen alimenticio, rechazo de trabajo en tiempo libre y gusto por actividades domésticas y hobbies*. Explica el 5.3% de la varianza y tiene un coeficiente de consistencia interna de .44.

El factor 7 está formado por 3 de primer orden (6 ítems) y por su contenido se puede definir como *en vacaciones no viaja, sigue la rutina diaria, problemas*

**CUADRO 7.3.- FACTORIAL DE SEGUNDO ORDEN SOBRE LOS FACTORES DE PRIMER ORDEN DE CALIDAD DE VIDA SOLO PARA ENFERMOS (N enfermos= 217)**

F2ENF1: Importancia de la enfermedad y no de problemas laborales, insatisfacción sexual y necesidad de humanización y mejoras estructurales en sanidad

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1ENF1: Menor deseo sexual, necesidad de mayor humanización y mejoras estructurales en sanidad	.51	.52
F1ENF8: Satisfacción y relajación por su vida sexual	-.58	.52
F1ENF21: Importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales	.67	.56
Valor propio total	2.12	
% de varianza explicada	8.5	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.05	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	10.6	
Alfa de Cronbach	.50	

F2ENF2: Valoración negativa de la asistencia sanitaria: masificación y necesidad de más y mejor personal

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1ENF14: No hay necesidad de más y mejor personal sanitario	-.68	.57
F1ENF15: Sanidad masificada con valoración negativa, y realización de actividades al aire libre en juventud	.74	.63
Valor propio total	1.77	
% de varianza explicada	7.1	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.01	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	10.2	
Alfa de Cronbach	.40	

**F2ENF3: Realización de actividades sociales extrafamiliares en juventud y problemática laboral (inestabilidad, el trabajo como pérdida, no realiza la actividad habitual)**

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1ENF12: Realizaba actividades sociales extrafamiliares en juventud e inestabilidad laboral	.73	.64
F1ENF22: Pérdidas: trabajo, no puede hacer lo mismo, no realiza ocupación normal, y disminución frecuencia relaciones sexuales	.68	.66
Valor propio total	1.64	
% de varianza explicada	6.5	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.00	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	10.1	
Alfa de Cronbach	.42	

F2ENF4: Sedentarismo (en vacaciones, fines de semana y juventud), menos salidas, y pérdida de actividades sociales extrafamiliares y al aire libre

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1ENF7: Sedentarismo en juventud	.59	.53
F1ENF13: Sale menos de casa (actividades sociales extrafamiliares, aire libre)	.49	.51
F1ENF20: Sedentarismo en vacaciones y fines de semana	.68	.48
Valor propio total	1.47	
% de varianza explicada	5.9	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.05	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	10.6	
Alfa de Cronbach	.45	

F2ENF5: No consulta a amigos problemas médicos, bondad de las asociaciones de enfermos (información y apoyo), y aumento de las relaciones sociales

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1ENF3: Bondad de las asociaciones de enfermos (para dar apoyo especialmente)	.56	.49
F1ENF19: Disminución de relaciones sociales	-.46	.58
F1ENF23: No consulta a amigos problemas médicos y bondad de las asociaciones de enfermos para buscar información	.66	.52
Valor propio total	1.42	
% de varianza explicada	5.7	
Valor propio (sólo items que saturan)	.96	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	9.7	
Alfa de Cronbach	.42	

**F2ENF6: Problemas sexuales (anteriores), problemas familiares, problemas médicos leves, no tiene régimen alimenticio, rechazo trabajo en tiempo libre**

y gusto por actividades doméstica y hobbies

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1ENF5: Problemas sexuales (anteriores), problemas familiares actuales y familiar con problemas de salud mental	.70	.59
F1ENF10: Gusto por trabajo o estudio y no por actividades domésticas o hobbies en tiempo libre	-.48	.48
F1ENF16: Visita al médico por problemas físicos leves y no por revisión y no tiene un régimen alimenticio severo	.64	.67
Valor propio total	1.32	
% de varianza explicada	5.3	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.13	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	11.4	
Alfa de Cronbach	.44	



F2ENF7: En vacaciones no viaja, sigue la rutina diaria, problemas económicos que considera importantes y no realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1ENF6: En vacaciones viaja, cambia su rutina diaria y no tiene problemas económicos	-.71	.65
F1ENF9: No realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana y en su juventud realizaba actividades al aire libre	.52	.68
F1ENF24: No considera importantes los problemas económicos	-.66	.67
Valor propio total	1.27	
% de varianza explicada	5.1	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.21	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	12.3	
Alfa de Cronbach	.45	

F2ENF8: Importancia actividades deportivas hechas, no realiza actividades al aire libre en vacaciones e importancia de la religión

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1ENF2: Importancia de las actividades deportivas hechas	.68	.62
F1ENF25: Realiza actividades al aire libre en vacaciones e importancia de la religión	-.67	.56
Valor propio total	1.19	
% de varianza explicada	4.8	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.91	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	9.2	
Alfa de Cronbach	.29	

**F2ENF9: Visitas familiares en fines de semana, acudía a eventos (culturales, deportivos,...) en juventud, gusto por actividades al aire libre y sociales extrafamiliares, ha hablado de sexo, y pérdida actividades domésticas y hobbies**

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1ENF17: Disgusto por actividades al aire libre y sociales extrafamiliares, no ha hablado sobre sexo, y no considera pérdidas las actividades domésticas y hobbies	-.42	.53
F1ENF18: Visitas familiares los fines de semana y acudía a eventos (deportivos, religiosos,...) en juventud	.78	.67
Valor propio total	1.14	
% de varianza explicada	4.6	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.78	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	7.9	
Alfa de Cronbach	.25	

**F2ENF10: No realiza actividades al aire libre en fines de semana, gusto por sedentarismo, y no consulta a otros sus problemas médicos (especialmente a familiares)**

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1ENF4: Consulta sus problemas médicos, especialmente a familiares	-.59	.55
F1ENF11: No realiza actividades al aire libre los fines de semana y gusto por sedentarismo	.65	.52
Valor propio total	1.01	
% de varianza explicada	4.2	
Valor propio (sólo items que saturan)	.77	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	7.8	
Alfa de Cronbach	.44	

**NOTA:**

Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
Sat.= saturación; h<sup>2</sup>= comunalidad.

---

*económicos que considera importantes y no realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana.* Su consistencia interna se sitúa en .45 y explica el 5.1% de la varianza.

Al factor 8 se le ha denominado *importancia actividades deportivas hechas, no realización de actividades al aire libre en vacaciones, e importancia de la religión*, está formado por dos de segundo orden (5 ítems), explica el 4.8% de la varianza y tiene un índice de consistencia interna bajo (.29).

El noveno factor de segundo orden se refiere básicamente a ocio y diversión y queda formulado como *visitas familiares en fines de semana, acudía a eventos (culturales, deportivos,...) en su juventud, gusto por actividades al aire libre y sociales extrafamiliares, ha hablado de sexo y pérdida de actividades domésticas y hobbies.* Está formado por dos de primer orden (6 ítems) que explican el 4.6% de la varianza y con una consistencia interna de .25.

Por último, el factor 10 está formado por 2 de primer orden (4 ítems) y lo definimos como *no realización de actividades al aire libre en fines de semana, gusto por sedentarismo, y no consulta a otros sus problemas médicos (especialmente a familiares).* Explica el 4.2% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .44.

En cambio, con el grupo de no enfermos (que presenta un Determinante y KMO aceptables, aún cuando no lo es la prueba de Bartlett) se obtienen 11 factores que explican el 60.2% de la varianza, que se presentan en el cuadro 7.4.

El primero de ellos está formado por 2 factores de primer orden (6 ítems), en función de los cuales se puede denominar *inestabilidad laboral, en vacaciones actividades al aire libre y hobbies y no viaja, y tiene problemas económicos.* Explica el 8.3% de la varianza y tiene una consistencia interna de .40.

Al segundo factor se le ha denominado *imposibilidad de hacer lo mismo que antes (especialmente actividades sociales extrafamiliares), ausencia de familiares con problemas mentales, necesidad de más humanización y no de más personal en sanidad, y gusto por actividades domésticas y hobbies.* Consta de tres factores de primer orden (8 ítems) que explica el 7.3% y presenta una consistencia interna de .34.

Tres factores de primer orden (9 ítems) forman el de segundo orden *gusto por actividades sociales extrafamiliares y no por sedentarismo (en fines de semana), disminución de relaciones sociales, e insatisfacción y problemas sexuales.* Explica el 5.7% de la varianza y tiene un alfa de Cronbach de .49.

El factor 4 está compuesto por dos de primer orden (6 ítems) que explican el 5.6% de la varianza y presenta una consistencia interna de .29. Se le ha denominado *bondad de las asociaciones de enfermos (especialmente para buscar apoyo), necesidad de eliminar masificación en sanidad, realización actividades sociales extrafamiliares y rechazo de sedentarismo en juventud, y problemas familiares.*

**CUADRO 7.4. - FACTORIAL DE SEGUNDO ORDEN SOBRE LOS FACTORES DE PRIMER ORDEN DE CALIDAD DE VIDA SOLO PARA NO ENFERMOS (N no enfermos= 158)**

F2NENF1: Inestabilidad laboral, en vacaciones actividades al aire libre y hobbies y no viaja, y tiene problemas económicos

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1NENF2: Inestabilidad laboral, en vacaciones realiza actividades aire libre que no hacía en juventud, y no viaja	.70	.60
F1NENF19: Sedentarismo en vacaciones y problemas económicos	.67	.60
Valor propio total		2.07
% de varianza explicada		8.3
Valor propio (sólo items que saturan)		.94
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		9.6
Alfa de Cronbach		.40

F2NENF2: Pérdida de actividades en general (especialmente actividades sociales extrafamiliares), ausencia de familiares con problemas mentales, necesidad de más humanización y no de más personal en sanidad, y gusto por actividades domésticas y hobbies

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1NENF12: No considera pérdidas las actividades sociales extrafamiliares, puede hacer lo mismo y no tiene familiares con problemas mentales	-.62	.54
F1NENF11: No hay necesidad de más personal sanitario sino de más humanización, y no han hablado de sexo	-.60	.52
F1NENF16: Gusto por actividades domésticas en tiempo libre y valoración positiva de la asistencia sanitaria	.48	.55
Valor propio total		1.83
% de varianza explicada		7.3
Valor propio (sólo items que saturan)		.97
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		9.9
Alfa de Cronbach		.34

F2NENF3: Gusto por actividades sociales extrafamiliares y no por sedentarismo en fines de semana, disminución de relaciones sociales, e insatisfacción y problemas sexuales

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1NENF20: Le gustaría realizar actividades sociales extrafamiliares en tiempo libre y menor deseo sexual	.69	.60
F1NENF8: Disminución de relaciones sociales y rechazo sedentarismo fines de semana	.65	.67
F1NENF1: Insatisfacción sexual con cambios y disminución de frecuencia	.47	.50
Valor propio total	1.43	
% de varianza explicada	5.7	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.12	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	11.5	
Alfa de Cronbach	.49	

F2NENF4: Bondad de asociaciones de enfermos (dar apoyo), necesidad de eliminar masificación en sanidad, realización de actividades sociales extrafamiliares y rechazo de sedentarismo en juventud y problemas familiares

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1NENF13: Bondad de las asociaciones de enfermos (dar apoyo), y necesidad de eliminar masificación de sanidad	.66	.55
F1NENF17: Realización actividades sociales extrafamiliares y rechazo sedentarismo en juventud, y problemas familiares actuales	.63	.54
Valor propio total	1.39	
% de varianza explicada	5.6	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.83	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	8.5	
Alfa de Cronbach	.29	

F2NENF5: Pérdida de actividades domésticas y hobbies, irrelevancia actividades deportivas, y visitas a familiares los fines de semana

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1NENF18: Pérdida actividades domésticas e importancia de la religión	.69	.52
F1NENF6: Importancia de las actividades deportivas hechas	-.49	.64
F1NENF25: Visitas familiares los fines de semana	.47	.55
Valor propio total	1.30	
% de varianza explicada	5.2	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.94	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	9.6	
Alfa de Cronbach	.42	

F2NENF6: Importancia de la enfermedad y no de problemas económicos y laborales, no consulta a amigos problemas médicos, relaciones sociales menos intensas que las de los demás, y no realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1NENF4: Consulta sus problemas médicos a amigos, no considera la enfermedad un problema importante y tiene relaciones sociales más intensas que los demás	-.80	.67
F1NENF15: Importancia de problemas económicos y laborales, y realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana	-.50	.69
Valor propio total	1.27	
% de varianza explicada	5.1	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.89	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	9.1	
Alfa de Cronbach	.45	

F2NENF7: Bondad de las asociaciones de enfermos para dar información, cambio de rutina en vacaciones, y consulta sus problemas médicos (especialmente a familiares)

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1NENF22: Rechazo de asociaciones de enfermos para buscar información	-.73	.63
F1NENF9: Rutina diaria en vacaciones	-.49	.71
F1NENF5: Consulta sus problemas médicos, especialmente a familiares	.47	.64
Valor propio total	1.20	
% de varianza explicada	4.8	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.99	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	10.1	
Alfa de Cronbach	.58	

F2NENF8: Visitas médicas por problemas leves y no por revisión, y no hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1NENF3: No va al médico por problemas físicos leves sino por revisión	-.63	.51
F1NENF24: No hay necesidad de una mejora de las condiciones estructurales de la sanidad	.56	.49
Valor propio total	1.19	
% de varianza explicada	4.8	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.71	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	7.3	
Alfa de Cronbach	.36	

F2NENF9: No acudía a eventos en juventud, gusto por trabajo y estudio en tiempo libre que considera pérdidas

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1NENF14: No acudía a eventos en su juventud y no le gustaría realizar actividades al aire libre	.79	.70
F1NENF10: Rechazo trabajo y estudio en tiempo libre sin que lo considere pérdida y relajación en vida sexual	-.62	.64
Valor propio total		1.16
% de varianza explicada		4.7
Valor propio (sólo ítems que saturan)		1.01
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		10.3
Alfa de Cronbach		.26

F2NENF10: Asistencia a eventos y actividades aire libre en fines de semana y rechazo sedentarismo en tiempo libre

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1NENF7: Asistencia a eventos y actividades aire libre en fines de semana y rechazo sedentarismo en tiempo libre	.80	.66
Valor propio total		1.13
% de varianza explicada		4.5
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.64
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		6.5
Alfa de Cronbach		.16

F2NENF11: Problemas sexuales (anteriores), en juventud realizaba actividades aire libre, los fines de semana realiza actividades domésticas o hobbies, y mantiene su trabajo habitual

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1NENF23: Problemas sexuales (anteriores), realizaba actividades aire libre en juventud y tiene régimen alimenticio	.73	.65
F1NENF21: Realiza actividades domésticas y hobbies los fines de semana, y realiza su actividad laboral habitual	.45	.60
Valor propio total		1.03
% de varianza explicada		4.1
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.74
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		7.6
Alfa de Cronbach		.23

**NOTA:**

Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
Sat.= saturación; h<sup>2</sup>= comunalidad.

En quinto lugar aparece el factor denominado *pérdida de actividades domésticas y hobbies, irrelevancia de actividades deportivas, y visitas a familiares los fines de semana*. Explica el 5.2% y su consistencia es de .42. Está formado por tres factores de primer orden (6 ítems).

Dos factores forman el de segundo orden que se refiere básicamente a *importancia de la enfermedad y no de problemas económicos y laborales, no consulta a amigos problemas médicos, relaciones sociales menos intensas que las de los demás, y no realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana*. Explica el 5.1% de la varianza con un alfa de Cronbach de .45. Consta de dos factores de primer orden con un total de 6 ítems.

El factor 7: *Bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, cambio de rutina en vacaciones, y consulta sus problemas médicos (especialmente a familiares)* está formado por tres de primer orden (4 ítems) que explican el 4.8% de la varianza y tiene una de las consistencias más altas (.58).

El octavo factor está formado por dos de primer orden que a su vez cuentan con 3 ítems, explican el 4.8% de la varianza y tiene un consistencia interna de .36. En función del contenido de estos factores se puede denominar *visitas médicas por problemas leves y no por revisión, y no hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias*.

El factor 9 se ha denominado *no acudía a eventos en su juventud, y gusto por trabajo y estudio en tiempo libre que considera pérdidas*, formado por dos factores de primer orden (5 ítems) explica el 4.7% de la varianza y tiene una consistencia interna no muy elevada (.26).

El décimo factor está formado igualmente por uno de primer orden (3 ítems) *Asistencia a eventos y actividades al aire libre en fines de semana, y rechazo de sedentarismo en tiempo libre*, explica el 4.5% y presenta una consistencia interna baja (.16).

Por último está el factor *problemas sexuales (anteriores), en juventud realizaba actividades al aire libre, los fines de semana realiza actividades domésticas o hobbies, y mantiene su trabajo habitual* (5 ítems). Explica el 4.1% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .23.

#### **7.1.4. COMPARACIÓN ENTRE LAS ESTRUCTURAS DE ENFERMOS Y NO ENFERMOS**

Un indicador de la posible igualdad de las estructuras factoriales de primer orden de enfermos y no enfermos puede desprenderse de la inspección de los índices de similitud factorial, en este caso hallados a partir de correlaciones de Pearson entre las matrices factoriales de cada grupo. Se usó este método en lugar del análisis confirmatorio (LISREL), dado que las características de nuestros datos no parecen ajustarse a este tipo de metodología. En primer lugar, tenemos factores con muy pocos ítems (en algunos casos sólo uno), cuando el mínimo se sitúa, dependiendo de los autores, entre dos (Long, 1983) y cuatro (Mulaik, 1982). En segundo lugar, tenemos un gran número de factores, lo que no parece



---

adecuado para el análisis confirmatorio (Borkeu y Ostendorf, 1990). Ésta ha sido una de las causas de que este tipo de análisis se haya utilizado muy poco en el estudio de la estructura de la personalidad, tal y como señalan Church y Burke (1994). Estos autores apuntan que el análisis factorial confirmatorio es demasiado estricto para contrastar este tipo de modelos. Por esto, se recurrió a la inspección de las correlaciones de las matrices factoriales como indicador de similitud factorial.

Como se puede apreciar en el cuadro 7.5., no hay correlaciones muy altas, encontrándose sólo once por encima de .70, por lo que no podemos decir que todos los factores de enfermos tengan su homónimo en el grupo de no enfermos. Estos once que comentamos podrían ser los que más se asemejan en las dos estructuras<sup>12</sup>. A continuación se presentan aparejados los factores de enfermos y no enfermos que presentan los coeficientes de correlación más altos:

E2= Importancia de las actividades deportivas hechas; NE6= Importancia de las actividades deportivas hechas

E4= Consulta sus problemas médicos, especialmente a familiares; NE5= Consulta sus problemas médicos, especialmente a familiares

E3= Bondad de las asociaciones de enfermos (para dar apoyo especialmente); NE13= Bondad de las asociaciones de enfermos, (para dar apoyo especialmente) y hay que eliminar masificación de la sanidad

E11= No realiza actividades al aire libre los fines de semana y gusto por sedentarismo; NE7= Asistencia a eventos y actividades aire libre en fines de semana y rechazo sedentarismo en tiempo libre (Correlación negativa)

E25= Realiza actividades al aire libre en vacaciones e importancia de la religión; NE18= Pérdida actividades domésticas e importancia religión

E23= No consulta a amigos problemas médicos y bondad de las asociaciones de enfermos para buscar información; NE22= Rechazo de asociaciones de enfermos para buscar información (Correlación negativa)

E19= Disminución de relaciones sociales; NE8= Disminución de relaciones sociales y rechazo de sedentarismo en fines de semana

---

<sup>12</sup> Hay que tener en cuenta que cuando se realizan análisis de similitud factorial con una gran cantidad de variables, como es este caso, los índices pueden estar deformados puesto que se correlacionan no sólo los items que en última instancia se han elegido para formar los factores, sino también todos aquellos que salen en la matriz factorial. Todo esto hace que haya que tomar con cautela estos resultados, aunque son orientativos, sobre todo, para hacernos una idea de cuáles son aquellos factores que permanecen tanto para enfermos como para no enfermos.

E12= Realizaba actividades sociales extrafamiliares en juventud e inestabilidad laboral; NE2= Inestabilidad laboral, en vacaciones realiza actividades aire libre que no hacía en juventud

**CUADRO 7.5.- ÍNDICES DE SIMILITUD FACTORIAL ENTRE LAS MATRICES FACTORIALES DE PRIMER ORDEN DE ENFERMOS Y NO ENFERMOS**

	E01	E02	E03	E04	E05	E06	E07	E08	E09	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23	E24	E25
NE01	,55	,06	,11	,02	,09	-,20	-,03	-,57	,09	,02	,04	,09	,25	,04	,01	-,05	-,04	,03	,14	,05	,12	,44	-,01	-,07	,03
NE02	,09	,01	,03	,04	,10	-,27	-,00	-,05	-,03	,03	,00	,78	-,17	-,01	-,00	-,04	-,01	,00	-,03	,02	-,03	,13	-,01	-,01	,13
NE03	-,00	-,05	,02	-,13	-,15	,01	,00	-,00	,06	,03	-,04	-,03	-,11	,10	-,00	-,78	,04	-,00	,05	-,10	-,03	-,02	,09	,08	,02
NE04	-,14	,05	-,02	,08	,05	,16	,03	,16	-,12	-,01	-,00	,03	-,19	-,04	,00	,12	-,02	,00	-,41	-,05	-,73	-,13	-,19	-,14	-,03
NE05	,04	,08	,10	1,0	,17	,00	-,03	-,02	-,08	-,02	-,00	,07	,05	-,18	,14	,19	-,14	,03	-,14	,02	-,02	-,01	-,17	-,11	-,03
NE06	,15	1,0	,07	,08	,03	,08	-,01	-,07	-,04	-,00	-,02	,01	,03	-,09	,10	,06	-,02	-,10	-,00	-,01	-,04	,02	,02	-,08	-,17
NE07	,15	,05	,01	,00	-,00	,04	,02	,01	,02	,00	-,88	-,04	-,07	,03	,07	-,11	-,00	-,04	-,02	-,11	,01	-,05	,07	,04	,07
NE08	,09	-,00	-,05	-,13	-,13	-,09	-,11	-,08	,06	,01	-,02	-,00	,51	,13	-,07	-,16	,09	,00	,79	-,21	,15	,19	,07	-,01	-,04
NE09	-,08	-,08	-,01	-,08	-,05	-,57	-,06	,00	,11	-,01	-,04	-,01	,01	,09	-,05	-,08	,04	-,03	,08	-,06	,08	,14	,01	,05	-,09
NE10	-,10	,02	-,05	,05	,03	,19	,09	,43	,03	-,39	,06	-,10	-,08	-,13	,05	,04	-,05	-,01	-,08	-,00	-,04	-,45	-,04	-,03	-,05
NE11	,24	-,02	-,03	-,13	-,00	-,00	-,04	-,05	,05	-,02	,05	,00	-,01	,66	,00	-,08	,34	-,04	,09	,01	,02	,03	,01	,09	,05
NE12	-,16	-,11	-,14	-,14	-,52	,14	,03	,05	-,03	,06	-,03	-,11	-,50	,17	-,09	-,16	,15	-,02	-,03	-,11	-,03	-,31	,04	,16	-,00
NE13	,09	,11	,89	,11	,13	,00	,01	-,07	,01	,03	,01	,04	,05	-,10	,37	,03	-,09	,11	-,08	-,00	-,02	-,01	,09	-,14	,03
NE14	-,01	,06	-,06	-,00	-,01	,00	,04	-,02	-,02	,01	,01	,00	,03	,02	-,07	-,02	,36	-,62	,03	-,00	-,05	,02	-,04	,01	-,09
NE15	,03	,14	,12	,13	,15	-,06	-,02	-,08	-,41	,03	,07	,12	,02	-,06	,02	,13	-,10	,01	-,05	-,06	-,54	,03	-,03	-,71	-,06
NE16	-,11	-,13	-,00	-,08	-,09	-,08	,01	,03	,05	-,46	-,03	-,03	-,05	,20	-,64	-,05	,08	,06	,05	-,05	-,02	,12	,05	,02	,10
NE17	,09	,00	,11	,15	,44	,00	-,57	-,07	-,05	,00	,03	,29	,09	-,10	,12	,14	-,05	,05	-,01	,02	-,07	-,00	-,05	-,12	-,03
NE18	,05	-,21	,08	-,02	-,01	-,02	-,01	-,01	,12	-,07	-,01	-,01	,08	,11	-,04	-,01	-,26	,12	-,07	-,00	,08	,07	-,00	,04	,84
NE19	,11	-,05	,04	,05	,15	-,69	,02	-,12	,06	-,00	,03	,12	,13	-,01	-,02	,04	-,02	,01	,08	,37	,07	,14	,00	-,26	,01
NE20	,45	-,00	,09	,04	,00	-,03	-,00	-,16	,00	-,06	,07	,08	,12	,00	-,00	-,06	-,29	-,00	,02	-,05	,14	,14	-,01	,01	,11
NE21	,07	,08	,08	,06	,11	,07	,04	-,01	,39	-,06	,06	-,12	,02	-,11	,16	,08	-,03	,08	-,11	-,01	-,06	-,50	-,01	-,05	,03
NE22	-,01	-,06	-,15	-,08	,04	,03	-,05	,04	,00	-,01	,10	-,05	,04	-,00	-,00	,07	-,03	-,00	-,04	-,01	,01	-,01	-,80	-,03	,03
NE23	,07	-,06	-,05	-,06	,05	-,03	-,04	-,03	,06	-,00	-,09	,03	-,01	,04	,21	-,63	,07	,02	,13	-,05	,16	,06	,01	,06	,05
NE24	-,36	-,03	-,01	-,02	,03	-,00	-,02	-,03	-,02	,02	-,04	-,06	-,09	-,09	-,10	,02	,07	-,02	-,02	,03	,00	,01	,03	,03	,05
NE25	,00	-,05	,07	,06	,09	,03	-,01	-,01	,08	-,01	,05	,06	,08	,03	-,02	,05	-,08	,69	-,00	-,05	-,05	,04	-,05	-,10	,08

**NOTA:** Se ha omitido el cero decimal. Con la inicial E aparecen los factores de primer orden para enfermos, y con las iniciales NE los factores del grupo de no enfermos.

E1= Menor deseo sexual, necesidad de mayor humanización y mejoras estructurales en sanidad; E2= Importancia de las actividades deportivas hechas; E3= Bondad de las asociaciones de enfermos (para dar apoyo especial); E4= Consulta sus problemas médicos, especialmente a familiares; E5= Problemas sexuales (anteriores), problemas familiares actuales y familiar con problemas de salud mental; E6= En vacaciones viaja, cambia su rutina diaria y no tiene problemas económicos; E7= Sedentarismo en juventud; E8= Satisfacción y relajación por su vida sexual; E9= No realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana y en su juventud realizaba actividades al aire libre; E10= Gusto por trabajo o estudio y no por actividades domésticas o hobbies en tiempo libre; E11= No realiza actividades al aire libre los fines de semana y gusto por sedentarismo; E12= Realizaba actividades sociales extrafamiliares en juventud e inestabilidad laboral; E13= Sale menos de casa (actividades sociales extrafamiliares, aire libre); E14= No hay necesidad de más y mejor personal sanitario; E15= Sanidad masificada con valoración negativa, y realización de actividades al aire libre en juventud; E16= Visita al médico por problemas físicos leves y no por revisión y no tiene un régimen alimenticio severo; E17= Disgusto por actividades al aire libre y sociales extrafamiliares, no ha hablado sobre sexo y no considera pérdidas las actividades domésticas y hobbies; E18= Visitas familiares los fines de semana y acudia a eventos (deportivos, religiosos,...) en juventud; E19= Disminución de relaciones sexuales; E20= Sedentarismo en vacaciones y fines de semana; E21= Importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales; E22= Pérdidas: trabajo, no puede hacer lo mismo, no realiza ocupación normal y disminución frecuencia relaciones sexuales; E23= No consulta a amigos problemas médicos y bondad de las asociaciones de enfermos para buscar información; E24= No considera importantes los problemas económicos; E25= Realiza actividades al aire libre en vacaciones e importancia de la religión. NE1= Insatisfacción vida sexual con cambios y disminución de frecuencia; NE2= Inestabilidad laboral, en vacaciones realiza actividades aire libre que no hacía en juventud; NE3= No va al médico por problemas físicos leves sino por revisión; NE4= Consulta sus problemas médicos a amigos, no considera la enfermedad un problema importante y tiene relaciones sociales más intensas que los demás; NE5= Antes de ir al médico consulta sus problemas, especialmente a familiares; NE6= Importancia de las actividades deportivas hechas; NE7= Asistencia a eventos y actividades aire libre en fines de semana y rechazo sedentarismo en tiempo libre; NE8= Menos relaciones sociales y rechazo de sedentarismo en fines de semana; NE9= Rutina en vacaciones; NE10= Rechazo trabajo y estudio en tiempo libre sin que los considere pérdida; NE11= No es necesario más personal sanitario sino más humanización y no ha hablado de sexo con su pareja; NE12= No considera pérdidas las actividades sociales extrafamiliares, puede hacer lo mismo que antes y no tiene familiar con problemas mentales; NE13= Bondad de las asociaciones de enfermos, especialmente para dar apoyo y hay que eliminar masificación de la sanidad; NE14= En su juventud no acudia a eventos y no le gustaría realizar actividades aire libre; NE15= Importancia problemas económicos y laborales, y realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana; NE16= Gusto por actividades domésticas en tiempo libre y valoración positiva de la asistencia sanitaria; NE17= Realizaba actividades sociales extrafamiliares y rechazo sedentarismo en juventud y problemas familiares actuales; NE18= Pérdida actividades domésticas e importancia religión; NE19= Sedentarismo en vacaciones y problemas económicos; NE20= Gusto por actividades sociales extrafamiliares en tiempo libre, y menor deseo sexual; NE21= Realiza actividades domésticas y hobbies los fines de semana y realiza su actividad laboral habitual; NE22= Rechazo de asociaciones de enfermos para buscar información; NE23= Problemas en relaciones sexuales (anteriores), en juventud realizaba actividades al aire libre y tiene régimen alimenticio; NE24= No se necesita una mejora de las condiciones estructurales de la sanidad; NE25= Visitas familiares los fines de semana.

---

E16= Visita al médico por problemas físicos leves y no por revisión y no tiene un régimen alimenticio severo; NE3= No va al médico por problemas físicos leves sino por revisión (Correlación negativa)

E21= Importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales; NE4= Consulta sus problemas médicos a amigos, no considera la enfermedad un problema importante y tiene relaciones sociales más intensas que los demás (Correlación negativa)

E24= No considera importantes los problemas económicos; NE15= Importancia problemas económicos y laborales, y realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana (Correlación negativa)

La comparación de las estructuras factoriales de segundo orden nos lleva a algunas apreciaciones interesantes. Una de ellas se refiere a los ítems que componen los factores. La solución de componentes principales que hemos utilizado, supone que el primer factor es el más potente (explica mayor cantidad de varianza), luego el segundo y así sucesivamente con el resto. Si nos fijamos, por tanto, en los primeros factores (que explican más cantidad de varianza) de ambas soluciones vemos que presentan diferencias apreciables en su contenido. En el caso de los enfermos, los tres primeros factores se refieren básicamente a la enfermedad, sus consecuencias (problemática sexual y laboral) y cuestiones sanitarias. Por el contrario, en el caso de los no enfermos aparece una mayor diversidad de problemática (laboral, económica, familiares con problemas mentales, sanitaria) junto con cuestiones referidas a ocio y diversión.

Otra se refiere a los índices de consistencia interna. Efectivamente, se puede comprobar que los índices (alfa de Cronbach) de los factores para la muestra de enfermos únicamente, son más elevados que los de la muestra de no enfermos (el 80% de los índices para enfermos superan el .40, mientras que en el caso de los no enfermos, sólo lo alcanzan el 45%). Esto indicaría que en los primeros se muestra una mayor cohesión entre los ítems que forman los distintos factores, con lo que la estructura factorial para los no enfermos parece más "débil" que la de los enfermos.

Otro detalle interesante (que se refleja en el anterior punto) es el hecho de que en los no enfermos los factores tengan ítems de áreas más dispersas mientras que en el caso de los enfermos, los factores agrupan en mayor medida ítems de áreas más relacionadas.

Podemos concluir, por tanto, que las estructuras factoriales para enfermos y no enfermos no parecen solaparse, mientras que se aprecia una cierta "dispersión" de los ítems, que no parecen mantener relaciones excesivamente altas, sobre todo por lo que respecta al grupo de no enfermos.

### **7.1.5. ESTRUCTURAS FACTORIALES CONJUNTAS**

Como se comentó anteriormente, también se realizaron análisis factoriales con toda la muestra de enfermos y no enfermos conjuntamente. Se realizó en primer lugar un análisis factorial por componentes principales y rotación oblimin

que aparece en el cuadro 7.6. En este caso los tres índices usados para evaluar la idoneidad de realizar análisis factorial fueron satisfactorios. Se obtuvieron 24 factores de primer orden que explicaban el 63% de la varianza.

Posteriormente se realizó un análisis factorial de segundo orden igualmente por componentes principales pero rotación varimax, de manera que obtengamos factores independientes. También en este caso los índices son satisfactorios, sobre todo, el KMO (.60) y la prueba de Bartlett ( $p < .00006$ ). Los factores obtenidos aparecen en el cuadro 7.7. y son:

1. *Actitud crítica ante sanidad con ganancia de contactos sociales y pérdida de actividades sociales*, que explica 9% de la varianza y tiene una consistencia interna de .51.

2. *Insatisfacción por pérdida de distracciones.- Pérdida de actividades en general, insatisfacción sexual, sale menos, y mayor dificultad para conocer gente*, explicando el 7.4% de la varianza y con un alfa de Cronbach de .57.

3. *Actitud positiva de sanidad y movimientos asociativos con ajuste familiar.- Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente*, con una varianza de 6.2 y una consistencia de .43.

4. *Secularización y aislamiento de familia con irrelevancia de la religión, no acude a eventos y visitas familiares en fines de semana, no considera pérdida las actividades domésticas y hobbies, e importancia de actividades deportivas hechas*. Explica el 5.6% de la varianza y su consistencia interna es de .40.

5. *Relevancia de enfermedad y vida sedentaria.- Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos*. La consistencia del factor es de .36 y explica el 5.2% de la varianza.

6. *Ocio al aire libre.- Actividades al aire libre en juventud y en vacaciones (cambio de rutina)*. Su varianza es de 4.9% y un alfa de Cronbach de .36.

7. *Dificultades sociolaborales.- Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral (no realiza su actividad habitual)*, que presenta la consistencia interna más baja (.19) y explica el 4.6 % de la varianza.

8. *Gusto por sedentarismo (en tiempo libre y fines de semana) y no por trabajar* (varianza 4.4 y consistencia interna .20).

9. *Satisfacción con estructura sanitaria.- No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias, y consulta problemas médicos con otras personas (especialmente familiares)* (varianza de 4.3% y consistencia interna .27).

\* \* \* \*

CUADRO 7.6.- FACTORIAL DE PRIMER ORDEN SOBRE LAS VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA (N = 375; N enfermos= 217; N no enfermos= 158)

**F1CALI 1: Necesidad de más y mejor personal sanitario, pérdidas actividades sociales extrafamiliares, ha ganado amigos**

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant01: Pérdidas: actividades sociales extrafamiliares	.57	.57
zsoci02: Últimamente ha perdido amigos	-.38	.60
zsexo09: Ha hablado con su pareja sobre el sexo	.30	.50
hospi07: La sanidad necesita más y mejor personal sanitario	.71	.66
zent42: Tiene familiar con problemas psicológicos o drogas	.46	.51
Valor propio total	3.71	
% de varianza explicada	6.1	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.28	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	5.7	
Alfa de Cronbach	.36	

**F1CALI 2: Insatisfacción sexual, crispación y menor deseo**

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zsexo01: Cambios en sus relaciones sexuales	.68	.70
zsexo07: Menor deseo sexual	.58	.62
zsexo12: Experimenta ansiedad, miedo, por su vida sexual	.62	.58
zsexo13: Considera su vida sexual satisfactoria	-.73	.61
Valor propio total	3.10	
% de varianza explicada	5.1	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.72	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	7.7	
Alfa de Cronbach	.59	

**F1CALI 3: Importancia actividades deportivas (hechas)**

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant05: Pérdidas: actividades deportivas	.73	.65
zjo05: De joven se divertía con: actividades deportivas	.79	.68
ztl05: En el tiempo libre le gustaría realizar: actividades deportivas	.48	.58
Valor propio total	2.18	
% de varianza explicada	3.6	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.39	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	6.2	
Alfa de Cronbach	.54	

## F1CALI 4: Bondad asociaciones de enfermos (para apoyo especialmente)

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
conso11: Bondad asociaciones de enfermos para dar apoyo	.75	.68
conso14: Sí es bueno que haya asociaciones de enfermos	.71	.63
Valor propio total		2.05
% de varianza explicada		3.4
Valor propio (sólo ítems que saturan)		1.07
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		4.8
Alfa de Cronbach		.39

## F1CALI 5: Consulta su problemas médicos, especialmente a familiares

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zconso04: Antes de ir al médico consulta con familiares	.54	.63
zconso08: Antes de ir al médico consulta con otras personas	.80	.75
Valor propio total		1.91
% de varianza explicada		3.1
Valor propio (sólo ítems que saturan)		0.93
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		4.1
Alfa de Cronbach		.42

## F1CALI 6: Relaciones sociales menos intensas, no viaja en vacaciones y no realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo10: Los fines de semana realiza actividades sociales extrafamiliares	-.38	.62
zvaca08: En las vacaciones viaja o cambia de residencia	-.38	.72
soci01: Relaciones sociales menos intensas que los demás	.78	.67
Valor propio total		1.81
% de varianza explicada		3.0
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.90
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		4.0
Alfa de Cronbach		.23

## F1CALI 7: Rutina en vacaciones y no actividades al aire libre

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zvaca03: En las vacaciones realiza: actividades al aire libre	-.56	.71
zvaca10: No tiene vacaciones o hace lo mismo de siempre	.80	.76
Valor propio total		1.75
% de varianza explicada		2.9
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.95
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		4.2
Alfa de Cronbach		.51

F1CALI 8: Sedentarismo, no realizaba actividades sociales extrafamiliares en juventud y no tiene problemas familiares

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo01: En su juventud se divertía con: actividades sociales extrafamiliares	-.56	.63
zjo02: De joven se divertía con: actividades juegos de reposo	.70	.62
zpf01: Tiene problemas de relaciones con la familia	-.39	.54
Valor propio total		1.63
% de varianza explicada		2.7
Valor propio (sólo items que saturan)		.96
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		4.3
Alfa de Cronbach		.21

F1CALI 9: Importancia de problemas laborales y económicos y no la enfermedad

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
mgrave05: Problemas más importantes: laborales	.69	.61
mgrave06: Problemas más importantes: económicos	.57	.67
mgrave07: Problemas más importantes: la enfermedad	-.62	.55
Valor propio total		1.59
% de varianza explicada		2.6
Valor propio (sólo items que saturan)		1.19
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		5.3
Alfa de Cronbach		.42

F1CALI10: No importancia de religión, no acude a eventos (deportivos, culturales,...) los fines de semana y no considera pérdidas actividades domésticas y hobbies

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant04: Pérdidas: actividades domésticas, laborales, hobbies	-.37	.62
zjo16: Los fines de semana acude a eventos: culturales, deportivos, religiosos,...	-.43	.52
conso03: Importancia de la religión	-.65	.59
Valor propio total		1.53
% de varianza explicada		2.5
Valor propio (sólo items que saturan)		.74
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		3.3
Alfa de Cronbach		.17



F1CALI11: Pérdida trabajar, no puede hacer lo mismo y disminuye frecuencia relaciones sexuales

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant09: Pérdidas: Trabajar y estudiar	.70	.64
zant10: Pérdidas: puede hacer las mismas cosas	-.57	.68
zsexo06: Cambios en relaciones sexuales: disminución de la frecuencia	.38	.59
Valor propio total		1.49
% de varianza explicada		2.4
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.96
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		4.3
Alfa de Cronbach		.38

F1CALI12: Gusto por hobbies en tiempo libre y no por trabajar

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
ztl04: En su tiempo libre le gustaría realizar: actividades domésticas, hobbies	.61	.71
ztl09: En su tiempo libre le gustaría: trabajar y estudiar	-.73	.67
Valor propio total		1.42
% de varianza explicada		2.3
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.91
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		4.1
Alfa de Cronbach		.30

F1CALI13: No sedentarismo en fines de semana y vacaciones

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo11: Los fines de semana realiza: actividades y juegos de reposo	-.71	.65
zvaca02: En las vacaciones realiza: actividades y juegos de reposo	-.66	.68
Valor propio total		1.40
% de varianza explicada		2.3
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.94
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		4.2
Alfa de Cronbach		.31

F1CALI14: Disgusto por actividades aire libre y sociales extrafamiliares en tiempo libre

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
ztl01: En su tiempo libre le gustaría realizar actividades sociales extrafamiliares	-.39	.58
ztl03: En su tiempo libre le gustaría realizar actividades al aire libre	-.79	.67
Valor propio total		1.36
% de varianza explicada		2.2
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.78
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		3.5
Alfa de Cronbach		.12

F1CALI15: No consulta a amigos problemas médicos, no ha tenido antes problemas sexuales y no se necesita humanización en sanidad

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zsexo11: Ha tenido problemas anteriormente en sus relaciones sexuales	-.48	.61
zconso05: Antes de ir al médico consulta a amigos	-.70	.67
hospi04: La sanidad necesidad: humanización	-.36	.62
Valor propio total		1.29
% de varianza explicada		2.1
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.85
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		3.8
Alfa de Cronbach		.18

F1CALI16: Es necesario mejorar las condiciones estructurales en sanidad

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
hospi06: La sanidad necesita: mejorar las condiciones estructurales, alimenticias,...	.74	.62
Valor propio total		1.25
% de varianza explicada		2.1
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.55
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		2.5
Alfa de Cronbach		-

F1CALI17: Actividades aire libre en juventud

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo03: En su juventud realizaba actividades al aire libre	.75	.66
Valor propio total		1.24
% de varianza explicada		2.0
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.56
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		2.5
Alfa de Cronbach		-

F1CALI18: Inestabilidad laboral y ya no realiza actividad habitual

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
ztrab01: Ya no realiza su ocupación normal	.40	.62
ztrab02: N° de trabajos que realizó en el pasado	.72	.60
Valor propio total		1.23
% de varianza explicada		2.0
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.68
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		3.0
Alfa de Cronbach		.23

F1CALI19: Visita al médico por problemas leves y no por revisión y no tiene régimen alimenticio severo

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
ent58: Régimen alimenticio severo	-.36	.64
ent60: Ha ido al médico por: revisión	-.79	.74
ent63: Ha ido al médico por: problemas físicos leves	.80	.70
Valor propio total		1.67
% de varianza explicada		1.9
Valor propio (sólo ítems que saturan)		1.39
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		6.2
Alfa de Cronbach		.48

F1CALI20: En fines de semana no realiza actividades domésticas y hobbies sino al aire libre y disgusto por sedentarismo en tiempo libre

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo12: Los fines de semana realiza actividades al aire libre	.32	.56
zjo13: Los fines de semana realiza actividades domésticas, laborales, hobbies,...	-.66	.58
ztl02: En el tiempo libre le gustaría realizar: actividades y juegos de reposo	-.30	.57
Valor propio total		1.14
% de varianza explicada		1.9
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.63
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		2.8
Alfa de Cronbach		.14

F1CALI21: No realiza visitas familiares los fines de semana y no acudía a eventos en juventud

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zjo07: En su juventud realizaba actividades culturales, deportivas, religiosas	-.47	.59
zjo15: Los fines de semana realiza visitas y relaciones familiares	-.73	.61
Valor propio total		1.09
% de varianza explicada		1.8
Valor propio (sólo ítems que saturan)		.75
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		3.3
Alfa de Cronbach		.16

F1CALI22: Sale menos (actividades aire libre) y más dificultades para conocer gente

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
zant03: Pérdidas: actividades al aire libre	.55	.60
zsoci03: Tiene más dificultades para conocer gente	.45	.59
zsoci04: Sale menos de casa	.50	.54
Valor propio total	1.08	
% de varianza explicada	1.8	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.76	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	3.4	
Alfa de Cronbach	.41	

F1CALI23: Valoración positiva de la sanidad sin que necesite eliminar masificación y bondad asociaciones de enfermos para buscar información

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
conso12: Es bueno que los enfermos se reúnan y formen asociaciones para buscar información	.29	.68
hospi01: Valoración negativa de la asistencia sanitaria	-.56	.69
hospi03: La sanidad necesita: eliminar la masificación	-.72	.65
Valor propio total	1.04	
% de varianza explicada	1.7	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.92	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	4.1	
Alfa de Cronbach	.22	

F1CALI24: Problemas económicos

VARIABLE	Sat.	h <sup>2</sup>
trab05: Tiene problemas económicos	.78	.66
Valor propio total	1.01	
% de varianza explicada	1.7	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.61	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	2.7	
Alfa de Cronbach	-	

**NOTA:**

Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
Sat.= saturación; h<sup>2</sup>= comunalidad.

CUADRO 7.7. - FACTORIAL DE SEGUNDO ORDEN SOBRE LOS FACTORES DE PRIMER ORDEN DE CALIDAD DE VIDA (N =375; N enfermos=217; N no enfermos=158)

F2CALI1: Necesidad de más personal, pérdida de actividades sociales extra-familiares, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1CALI1: Necesidad de más y mejor personal sanitario, pérdidas actividades sociales extrafamiliares, ha ganado amigos	.69	.55
F1CALI19: Visita al médico por problemas leves y no por revisión y no tiene régimen alimenticio severo	.67	.56
Valor propio total		2.16
% de varianza explicada		9.0
Valor propio (sólo items que saturan)		.93
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		11.3
Alfa de Cronbach		.51

F2CALI2: Pérdida de actividades en general, insatisfacción sexual, sale menos, mayor dificultad para conocer gente

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1CALI2: Insatisfacción sexual, crispación y menor deseo	.65	.50
F1CALI4: Bondad asociaciones de enfermos (para apoyo especialmente)	.34	.39
F1CALI11: Pérdida trabajar, y en actividades en general y disminución frecuencia relaciones sexuales	.69	.53
F1CALI22: Sale menos (actividades aire libre) y más dificultades para conocer gente	.45	.48
Valor propio total		1.77
% de varianza explicada		7.4
Valor propio (sólo items que saturan)		1.22
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		14.8
Alfa de Cronbach		.57

F2CALI3: Valoración positiva de sanidad, bondad asociaciones de enfermos para dar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1CALI8: Sedentarismo, no realizaba actividades sociales extrafamiliares en juventud y no tiene problemas familiares	.58	.61
F1CALI15: No consulta a amigos problemas médicos, no ha tenido antes problemas sexuales y no se necesita humanización en sanidad	.43	.47
F1CALI23: Valoración positiva de la sanidad sin que necesite eliminar masificación y bondad asociaciones de enfermos para dar información	.75	.66
Valor propio total		1.48
% de varianza explicada		6.2
Valor propio (sólo ítems que saturan)		1.08
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		13.1
Alfa de Cronbach		.43

F2CALI4: Irrelevancia de la religión, no acude a eventos y visitas familiares en fines de semana, no considera pérdida las actividades domésticas y hobbies, e importancia de actividades deportivas hechas

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1CALI3: Importancia actividades deportivas (hechas)	.55	.65
F1CALI10: Irrelevancia de la religión, no acude a eventos (deportivos, culturales,...) los fines de semana y no considera pérdidas actividades domésticas y hobbies	.64	.50
F1CALI21: No realiza visitas familiares los fines de semana y no acudía a eventos en juventud	.57	.38
Valor propio total		1.34
% de varianza explicada		5.6
Valor propio (sólo ítems que saturan)		1.04
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		12.6
Alfa de Cronbach		.40

F2CALI5: Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1CALI6: Relaciones sociales menos intensas, no viaja en vacaciones y no realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana	.56	.44
F1CALI9: Importancia de problemas laborales y económicos y no la enfermedad	-.41	.39
F1CALI13: No sedentarismo en fines de semana y vacaciones	-.68	.60
Valor propio total		1.26
% de varianza explicada		5.2
Valor propio (sólo items que saturan)		.94
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		11.4
Alfa de Cronbach		.36

F2CALI6: Actividades aire libre en juventud y en vacaciones (cambio de rutina)

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1CALI7: Rutina en vacaciones y no actividades al aire libre	-.57	.40
F1CALI17: Actividades aire libre en juventud	.64	.54
Valor propio total		1.17
% de varianza explicada		4.9
Valor propio (sólo items que saturan)		.73
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		8.9
Alfa de Cronbach		.36

F2CALI7: Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral (no realiza su actividad habitual)

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1CALI14: Disgusto por actividades aire libre y sociales extrafamiliares en tiempo libre	.50	.49
F1CALI18: Inestabilidad laboral y ya no realiza actividad habitual	.35	.49
F1CALI24: Problemas económicos	.67	.52
Valor propio total		1.10
% de varianza explicada		4.6
Valor propio (sólo items que saturan)		.82
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		9.9
Alfa de Cronbach		.19

F2CALI8: Gusto por sedentarismo (en tiempo libre y fines de semana) y no por trabajar

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1CALI12: Gusto por hobbies en tiempo libre y no por trabajar	.79	.66
F1CALI20: En fines de semana no realiza actividades domésticas y hobbies sino al aire libre y disgusto por sedentarismo en tiempo libre	-.39	.48
Valor propio total		1.06
% de varianza explicada		4.4
Valor propio (sólo items que saturan)		.78
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		9.5
Alfa de Cronbach		.20

F2CALI9: No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias, y consulta problemas médicos con otras personas (especialmente familiares)

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1CALI15: Consulta su problemas médicos, especialmente a familiares	.47	.57
F1CALI16: Es necesario mejorar las condiciones estructurales en sanidad	-.69	.55
Valor propio total		1.03
% de varianza explicada		4.3
Valor propio (sólo items que saturan)		.70
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		8.5
Alfa de Cronbach		.27

**NOTA:**

Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
Sat.= saturación; h<sup>2</sup>= comunalidad.



\* \* \* \*

Para concluir este apartado hay que señalar la confirmación de lo expuesto en la hipótesis I. Con instrumentos de amplio espectro se obtiene una solución multidimensional de la estructura de la calidad de vida, en este caso, tanto en enfermos, como en no enfermos. Al menos con estas muestras, queda claro que la calidad de vida abarca ámbitos amplios y dispersos, y que difícilmente tienden a agruparse en grandes factores, más bien todo lo contrario, el resultado de los análisis realizados nos muestran un gran número de factores que engloban a relativamente pocos ítems.

---

## **7.2. CALIDAD DE VIDA EN DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMOS Y EN NO ENFERMOS: ANÁLISIS BIVARIADOS EN LAS DIFERENTES ÁREAS RACIONALES**

Uno de los objetivos fundamentales de nuestro trabajo es evaluar la calidad de vida en distintos grupos de enfermos y en no enfermos; y de extraer aquellas características que los diferencian, de manera que apreciemos qué grupo presenta deficiencias graves en calidad de vida con respecto a lo que se considera normal (la población no enferma).

En principio, vamos a ir evaluando por áreas racionales, aquellas diferencias significativas que existen entre los distintos grupos de enfermos y no enfermos. Veremos cinco áreas, aunque dicho orden no se ajusta exactamente al desarrollado en el instrumento, cuya codificación aparece en el anexo I. Se han reagrupado de este modo en función de la revisión conceptual del tema. Se irán viendo, por un lado, diferencias de medias en aquellos casos en que el tipo de variable lo permite (continua), y por otro, diferencias de porcentajes para las variables nominales.

### **7.2.1. LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DEL ESTADO DE SALUD**

Comenzamos por el área que, probablemente, se haya relacionado de manera más directa con la calidad de vida percibida y que ha sido más estudiada con relación a este tema. Distinguiremos aquí dos dominios principales: por un lado una referida básicamente a restricciones y tipos de problemas que le han llevado al médico y por otro, una serie de ítems referidos en su mayoría a sintomatología tanto física como psicológica, a los que se han añadido otros de problemática más general.

#### **7.2.1.1. RESTRICCIONES**

Aparecen en esta área dos indicadores importantes, como son, la restricción en el régimen alimenticio y en régimen de vida o actividades. En ambos índices los entrevistados debían señalar el tipo de restricción que sufrían. En el caso del régimen alimenticio las respuestas se codificaban en cuatro niveles: *régimen normal (0)*, *restricción moderada (1)*, *régimen de vida restringido (2)* y *muy restringido (3)*. La restricción en el régimen alimenticio se codificó en cinco niveles: *normal (0)*, *limitación en uno o dos elementos (1)*, *limitación moderada (2)*, *bastante restringida (3)* y *régimen muy severo (4)*.

Como se ve en el cuadro 7.8. aparecen numerosas diferencias significativas entre casi todos los grupos. En cuanto al régimen de vida, parece ser el grupo de diálisis el que presenta mayor restricción con respecto al resto (salvo con el de nefropatías). Por el contrario los hipertensos y los trasplantados parecen ser los más "normalizados" en cuanto a régimen de vida. No es extraño puesto que los enfermos sometidos a diálisis han de reorganizar su vida diaria en torno a la necesidad de asistir varias veces por semana a diálisis, además de que en muchas ocasiones esto supone el abandono del trabajo que se venía

### CUADRO Nº 7.8.- ASPECTOS RELACIONADOS CON PERCEPCIÓN DE SALUD FÍSICA

#### MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS		HIPERT.		NEFRO.		TRASPL.		CANCER		DIABET.		NO ENF.	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
	N=71		N=101		N=70		N=40		N=116		N=87		N=350	
Régimen de vida restringido	.69	.71	.12	.33	.49	.74	.15	.36	.48	.55	.25	.55	.06	.24
	N=71		N=101		N=69		N=40		N=115		N=88		N=350	
Régimen alimenticio restringido	1.58	.81	1.32	.65	1.12	.85	1.20	.61	.37	.63	1.18	.72	.32	.58
<b>¿Qué problemas le han llevado a ver al médico?</b>														
	N=69		N=97		N=69		N=40		N=107		N=79		N=348	
Revisión	.35	.48	.52	.50	.49	.50	.55	.50	.16	.37	.44	.50	.19	.40
Remitido por otro médico	.32	.47	.14	.35	.12	.32	.18	.39	.01	.10	.03	.16	.07	.25
Tensión, nerviosismo,...	.10	.30	.11	.32	.01	.12	.03	.16	.02	.14	.05	.22	.07	.25
Problemas físicos leves	.29	.46	.36	.48	.25	.43	.20	.41	.53	.50	.33	.47	.58	.49
Problemas físicos graves	.19	.39	.07	.26	.28	.45	.13	.34	.13	.34	.19	.40	.05	.22
Otros	.12	.32	.01	.10	.04	.21	.08	.27	.08	.28	.05	.22	.05	.23

#### SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9
Régimen de vida restringido	***		***	*	***	***	_-***		_-***	_*		**		*	***	_-***			**	***	**
Régimen alimenticio restringido	*	***	**	***	**	***			***		***		***		***	***		***	_-***		***
<b>¿Qué problemas le han llevado a ver al médico?</b>																					
Revisión	_*		_*	**		**			***		***		***		***	***		***	_-***		***
Remitido por otro médico	**	**		***	***	***			***	**	*		**	*		**	*			_-***	
Tensión, nerviosismo,...		*		*			**	*	**						_-**					_-**	
Problemas físicos leves				_-***		_-***		*	_-**		_-***		_-***		_-***	_-***		_-***	**		_-***
Problemas físicos graves	*					**	_-***			_*		*	*		***					*	**
Otros	**								_-**		_-**										

#### NOTA:

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01;\*\*\*=p<0.001.

desarrollando. En cambio, como ya hemos dicho, la hipertensión se presenta como una dolencia que no resulta muy llamativa para el que la padece, y en el caso del trasplante, para el enfermo parece que se recupera más de lo que se pierde, puesto que ya no tiene la necesidad de acudir a diálisis.

Por lo que se refiere al régimen alimenticio, vuelve a ser el grupo de diálisis el que informa de mayores restricciones, mientras que son los grupos de cáncer y de no enfermos los que informan de menos restricción. Efectivamente, la insuficiencia renal no sólo lleva consigo el acudir a diálisis sino restringir, a veces de manera drástica, su dieta. Por el contrario, los enfermos de cáncer raramente suelen tener que cambiar sus hábitos, lo mismo que los no enfermos.

Otro aspecto se refiere a las causas de la última visita al médico. Se codificó en 6 categorías de ausencia-presencia, que aparecen en el mismo cuadro. Lo más destacable es que las diferencias parecen centrarse en cáncer y no enfermos con respecto al resto. Estos dos grupos señalan los problemas físicos leves como la causa de la última visita al médico en mayor medida que el resto de los grupos, que señalan más la revisión.

Concluyendo, podemos decir que en cuanto a restricciones parece ser el grupo de diálisis el más afectado por su enfermedad, mientras que otros parecen estar más normalizados: hipertensión y trasplante, en el caso del régimen de vida, y cáncer en cuanto al régimen alimenticio. Y, por último, lo normal parece ser acudir al médico por problemas físicos leves, mientras que son los enfermos los que van por revisiones (excepción hecha del grupo de cáncer). Esto último resulta curioso, teniendo en cuenta las campañas sanitarias que se realizan para que la población general acuda a realizarse revisiones periódicas.

#### **7.2.1.2. PROBLEMAS GENÉRICOS (SINTOMATOLOGÍA GENERAL)**

Tal como se comentó en apartados anteriores, una de las áreas de la entrevista de calidad de vida estaba compuesta por 36 ítems referidos a sintomatología física y psicológica, a los que se habían añadido otros de índole más general (problemas afectivos, laborales, económicos o cognitivos), todos ellos de respuesta obligada (presencia o ausencia). Se optó por realizar un análisis factorial independiente, porque resultaba interesante desde un punto de vista teórico contar con una estructura más sencilla e independiente de esta área, para luego comprobar si efectivamente tiene repercusiones sobre las restantes parcelas muestreadas de calidad de vida.

Hemos de recordar que se había sugerido en la revisión teórica que, aunque existía un amplio consenso entre los autores sobre la consideración de que el estado físico tenía influencia sobre la calidad de vida, no quedaba nada claro que la determinara (Bowling, 1995), habiendo incluso datos que iban en contra de esta afirmación (por ej., Morris y Sherwood, 1987). El hecho de mantenerlo por separado nos va a permitir, posteriormente comprobar si efectivamente va a influir sobre la calidad de vida de los distintos grupos de enfermos y no enfermos. Además, este instrumento nos puede servir tanto para

---

obtener información cruzada evaluada en otros instrumentos, como para incorporar estimaciones genéricas y orientadoras del estado de ánimo y posición general ante la vida.

#### 7.2.1.2.1. SOLUCIÓN FACTORIAL

Se llevó a cabo un análisis factorial de primer orden a partir de ejes principales y rotación oblimin sobre todo el conjunto de la muestra (enfermos y sanos). La razón de utilizar la opción de ejes principales es que, al contrario de lo que ocurre con las áreas de calidad de vida, en que todas las variables se consideran relevantes, en este caso no sabemos si todas las variables son importantes para esta muestra, por lo que la opción de ejes principales permite desechar aquellas que no tienen un peso importante. Además, antes de llevar a cabo la rotación hubo que eliminar dos ítems (alcoholismo y drogas) dados sus valores medios tan bajos, que sugerían que no eran idóneos para incluirlos en el análisis factorial.

La solución factorial de primer orden ofreció un total de 9 factores que explican el 30,9 % de la varianza y que aparecen en el cuadro 7.9.

Se realizó posteriormente un análisis factorial de segundo orden con rotación varimax, obteniendo dos factores independientes, que explicaban el 34,3% de la varianza. Como podemos observar en el cuadro 7.10., el primero de segundo orden queda constituido por factores de sintomatología básicamente psicológica relacionada con *ansiedad y depresión*. El segundo, por contra, está compuesto por variables referidas a sintomatología física o psicosomática, por lo que se ha denominado *problemas circulatorios y digestivos con alteraciones del sueño*.

#### 7.2.1.2.2. ANÁLISIS BIVARIADOS ENTRE LOS GRUPOS

En el cuadro 7.11. se muestran las diferencias de medias (a partir de t de Student) entre los distintos grupos en los factores de segundo orden de sintomatología. Como habíamos comentado, el primero de ellos se refiere básicamente a síntomas de ansiedad-depresión, en el que destaca la clara diferencia que existe entre el grupo de no enfermos y el resto. Todos los grupos de enfermos puntúan significativamente más en este factor, salvo el grupo de trasplante, que asimismo, presenta puntuaciones menores que diálisis, hipertensión y cáncer. En el segundo factor, *problemas circulatorios y digestivos con alteraciones del sueño*, vuelve a ocurrir algo similar, aunque en este caso, entre los grupos de enfermos, hay que destacar el de diálisis que presenta mayor sintomatología que los grupos de hipertensión, trasplante, cáncer y diabetes, mientras trasplante puntúa menos que hipertensión, nefropatías y cáncer.

Por tanto, parece que son, por un lado no enfermos y trasplantados los que presentan menos sintomatología ansiosa o depresiva, mientras los grupos de diálisis y cáncer son los más afectados. Aquí nos encontramos con dos grupos sin enfermedad o que han “recuperado parte de su autonomía”, por un lado, y por

**CUADRO 7.9.- FACTORIAL DE PRIMER ORDEN SOBRE LAS VARIABLES DE SINTOMATOLOGÍA GENERAL (PROBLEMAS GENÉRICOS) (N=854; N enfermos= 502; N no enfermos= 352)**

## F1GEN1: Ansiedad

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
Pánico	.56	.36
Tensión	.43	.29
Miedo a casi todo	.50	.33
Insomnio	.41	.32
Dificultades en relajarse	.58	.38
Problemas de memoria	.34	.20
Miedo a la muerte	.37	.17
Valor propio total	5.13	
% de varianza explicada	15.1	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.51	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	19.2	
Alfa de Cronbach	.67	

## F1GEN2: Disgusto con ocio y dificultad para hacer amistades

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
No le gustan los fines de semana	.58	.35
No le gustan las vacaciones	.79	.66
No puede hacer amistades	.34	.21
Valor propio total	1.23	
% de varianza explicada	3.6	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.08	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	13.8	
Alfa de Cronbach	.54	

## F1GEN3: Decisión y ausencia de timidez y problemas de concentración

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
Dificultades de concentración	-.44	.32
Timidez	-.50	.29
Incapaz de tomar decisiones	-.48	.28
Valor propio total	0.95	
% de varianza explicada	2.8	
Valor propio (sólo items que saturan)	0.67	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	8.5	
Alfa de Cronbach	.50	

## F1GEN4: Ausencia de palpitaciones

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
Calambres	-.70	.50
Palpitaciones en el corazón	-.84	.73
Valor propio total		0.80
% de varianza explicada		2.3
Valor propio (sólo ítems que saturan)		1.19
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		15.1
Alfa de Cronbach		.74

## F1GEN5: Ausencia de depresión

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
Ideas de suicidio	-.67	.49
No veo salida a mi situación	-.41	.36
Sentimientos de inferioridad	-.47	.33
Pocas ganas de vivir	-.64	.46
Valor propio total		0.65
% de varianza explicada		1.9
Valor propio (sólo ítems que saturan)		1.25
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		15.9
Alfa de Cronbach		.62

## F1GEN6: Problemas diversos (ocio, laborales, sexuales)

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
No puedo conservar el trabajo	.36	.18
Problemas sexuales	.34	.22
No puedo divertirme	.38	.30
Valor propio total		0.51
% de varianza explicada		1.5
Valor propio (sólo ítems que saturan)		0.39
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)		5.0
Alfa de Cronbach		.36

## F1GEN7: Ausencia de problemas circulatorios

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
Dolores de cabeza	-.33	.27
Desmayos	-.35	.27
Estreñimiento	-.33	.13
Valor propio total		0.45
% de varianza explicada		1.3
Valor propio (sólo items que saturan)		0.34
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		4.3
Alfa de Cronbach		.35

## F1GEN8: Problemas económicos y cansancio

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
Fatiga	.41	.25
Problemas económicos	.45	.22
Malas condiciones en el hogar	.44	.23
Valor propio total		0.44
% de varianza explicada		1.3
Valor propio (sólo items que saturan)		0.56
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		7.1
Alfa de Cronbach		.36

## F1GEN9: Problemas digestivos y alteraciones del sueño

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
Mareos	.45	.39
Problemas de estómago	.40	.18
Diarreas	.53	.33
Pesadillas	.35	.21
Falta de apetito	.33	.21
Valor propio total		0.34
% de varianza explicada		1.0
Valor propio (sólo items que saturan)		0.87
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		11.1
Alfa de Cronbach		.51

**NOTA:**

Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
Sat.= saturación; h<sup>2</sup>= comunalidad.



CUADRO 7.10.- FACTORIAL DE SEGUNDO ORDEN SOBRE LOS FACTORES DE PRIMER ORDEN DE SINTOMATOLOGÍA GENERAL (PROBLEMAS GENÉRICOS) (N=854; N enfermos= 502; N no enfermos= 352)

F2GEN1: Ansiedad y depresión

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1GEN1: Ansiedad	.51	.48
F1GEN2: Disgusto con ocio y dificultad para hacer amistad	.47	.23
F1GEN3: Decisión y falta de timidez y ausencia de problemas de concentración	-.47	.30
F1GEN5: Ausencia de depresión	-.66	.49
F1GEN6: Problemas diversos (ocio, laborales, sexuales)	.52	.32
Valor propio total	2.68	
% de varianza explicada	29.8	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.41	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	57.8	
Alfa de Cronbach	.80	

F2GEN2: Problemas circulatorios y digestivos con alteraciones del sueño

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F1GEN4: Ausencia de palpitaciones	-.49	.31
F1GEN7: Ausencia de problemas circulatorios	-.59	.36
F1GEN8: Problemas económicos y cansancio	.32	.21
F1GEN9: Problemas digestivos y alteraciones del sueño	.58	.40
Valor propio total	0.41	
% de varianza explicada	4.6	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.03	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	42.2	
Alfa de Cronbach	.70	

**NOTA:**

Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
Sat.= saturación; h<sup>2</sup>= comunalidad.

**CUADRO 7.11.- SINTOMATOLOGÍA GENERAL (FACTORES DE SEGUNDO ORDEN)**

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS EN LOS FACTORES DE SEGUNDO ORDEN

FACTOR	DIALISIS N=70		HIPERT. N=101		NEFROP. N=70		TRASPL. N=41		CANCER N=116		DIABET. N=105		NO ENF. N=352	
	N	X	DT	N	X	DT	N	X	DT	N	X	DT	N	X
Ansiedad y depresión	5.80	3.48	5.49	3.46	5.50	4.50	4.00	3.46	5.66	3.79	4.50	3.99	3.39	2.93
Problemas físicos y estomacales con alteraciones del sueño	5.44	2.87	4.33	2.59	4.43	3.36	2.93	2.42	3.97	2.61	3.87	2.89	3.14	2.10

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS EN LOS FACTORES DE SEGUNDO ORDEN

FACTOR	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9
Ansiedad y depresión			**		*	***		*			***				***	_*			*	***	**
Problemas físicos y estomacales con alteraciones del sueño	**		***	***	***	***		**			***	**			**	_*				**	*

**NOTA:**

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos; 1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos; 2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos; 3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos; 4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p&lt;0.05; \*\*=p&lt;0.01;\*\*\*=p&lt;0.001.

otro, con dos grupos con mayor gravedad de la enfermedad y clara amenaza de muerte. Sin duda, estas circunstancias pueden estar modulando estos resultados, de manera que el hecho de padecer una enfermedad crónica de las estudiadas aquí va unido a la aparición de síntomas ansiosos o depresivos (más importantes en aquellas enfermedades con síntomas más graves y evidentes), que parecen desaparecer en la misma medida en que se produce una *recuperación de la enfermedad*, dado que es el grupo de trasplante el que aparece con puntuaciones similares a los no enfermos. Por otro lado, en cuanto a problemas circulatorios, digestivos y de sueño, vuelven a ser los grupos de no enfermos y trasplante los menos afectados y, en el polo opuesto, el de diálisis.

## 7.2.2. RELACIONES FAMILIARES

### 7.2.2.1. PROBLEMAS FAMILIARES

En esta área nos centramos básicamente en la existencia de problemas que involucren a la familia. Esta pregunta se ha desglosado en doce categorías que abarcan el amplio espectro de respuestas dadas por los entrevistados, y que se codificaban en ausencia-presencia. Estas doce categorías son: *relaciones con la familia (ejemplo: me llevo mal con mi padre)*; *problemas con la pareja (ejemplo: hay falta de comunicación con mi pareja)*; *problemas de relaciones con los hijos (ejemplo: mis hijos no me hacen caso)*; *preocupación por el futuro de los hijos y por sus problemas (ejemplo: no sé que va a ser de mis hijos)*; *problemas de otros familiares (ejemplo: mi hermano tuvo un accidente grave)*; *problemas intrapersonales (ejemplo: me siento solo y deprimido)*; *la enfermedad*; *problemas sexuales*; *problemas laborales (ejemplo: tengo problemas con mi jefe)*; *está en paro*; *problemas económicos*; y *otros problemas (miscelánea de problemas diversos que no se ajustan al resto de las categorías y que no aparecían con la frecuencia suficiente para justificar categorías propias)*.

En estas doce variables se realizaron análisis bivariados de diferencia de medias a partir de *t* de Student, cuyos resultados aparecen en el cuadro 7.12. Del mismo se desprende que es en las tres primeras categorías donde aparecen más diferencias significativas, siendo el grupo de no enfermos el que más acumula. En el resto de categorías aparecen pocas diferencias, siendo en la mayoría de los casos el grupo de no enfermos el que las presenta frente a alguno de los grupos de enfermos, mientras que entre éstos últimos las diferencias son mínimas.

En efecto, en la categoría de *problemas de relaciones familiares*, dos grupos presentan diferencias significativas con el resto, aunque en direcciones opuestas: trasplante y no enfermos, siendo éste último el que consigue diferencias más significativas, también con el grupo de trasplante. De esta manera, son los no enfermos los que verbalizan tener más problemas de relaciones familiares, mientras los trasplantados son los que menos.

En la categoría de *problemas con la pareja*, el patrón es similar aunque en este caso son los no enfermos y los enfermos de cáncer los que presentan mayores puntuaciones que el resto, que resultan altamente significativas. También

### CUADRO Nº 7.12.- PROBLEMAS FAMILIARES

#### MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALIS. N=71		HIPER. N=100		NEFR. N=68		TRAS. N=41		CANC. N=116		DIABE. N=109		NO EN. N=348								
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT							
<b>Problemas familiares</b>																					
Relaciones con familia	.11	.32	.11	.31	.12	.33	.02	.16	.17	.38	.18	.39	.50	.50							
Problemas con pareja	.04	.20	.05	.22	.01	.12	.05	.22	.25	.44	.04	.19	.26	.44							
Problemas relaciones con hijos	.06	.23	.08	.27	.01	.12	.02	.16	.12	.33	.08	.28	.15	.36							
Preocupación por futuro o problemas de sus hijos	.03	.17	.03	.17	.07	.26	.00	.00	.00	.00	.03	.16	.05	.23							
Problemas de otros familiares	.11	.32	.09	.29	.07	.26	.07	.26	.09	.28	.04	.19	.10	.31							
Problemas intra-personales	.03	.17	.07	.26	.04	.21	.02	.16	.06	.24	.03	.16	.03	.16							
La enfermedad	.08	.28	.00	.00	.04	.21	.05	.22	.04	.20	.06	.25	.01	.12							
Problemas sexuales	.01	.12	.00	.00	.00	.00	.02	.16	.00	.00	.00	.00	.01	.12							
Problemas laborales	.04	.20	.04	.20	.00	.00	.00	.00	.02	.13	.02	.14	.02	.14							
Está en paro, no trabaja	.03	.17	.00	.00	.01	.12	.00	.00	.02	.13	.01	.10	.01	.09							
Problemas económicos	.14	.35	.07	.26	.13	.34	.12	.33	.09	.29	.04	.19	.03	.16							
Otros problemas	.03	.17	.03	.17	.01	.12	.02	.16	.00	.00	.02	.14	.02	.13							
<b>¿Tiene miembros de la familia con problemática como alcoholismo, drogadicción o algún otro problema psicológico?</b>																					
	N=70			N=99			N=70			N=41			N=116			N=105			N=335		
Sí tiene	.26	.44	.30	.46	.30	.46	.24	.44	.34	.47	.28	.45	.44	.50							

#### SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9
<b>Problemas familiares</b>																					
Relaciones con familia			*			***		*			***	*			***	***	***	***		***	***
Problemas con pareja				***		***			***		***		***		***	***	***	***	***		***
Problemas relaciones con los hijos						**	*				*		**	*	***	*		***			*
Preocupación por futuro o problemas de los hijos												*	*					***		***	
Problemas de otros familiares																					**
Problemas intra-personales																					
La enfermedad	**					*		*	**	*											*
Problemas sexuales											*				*						*
Problemas laborales							*	*							**						
Está en paro, no trabaja																					
Problemas económicos					*	**								*	**						*
Otros problemas																					**
<b>¿Tiene miembros de la familia con problemática como alcoholismo, drogadicción o algún otro problema psicológico?</b>																					
Sí tiene											**				*				**	*	***

#### NOTA:

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01;\*\*\*=p<0.001.

los no enfermos tienen más problemas de *relaciones con los hijos* que el resto de los grupos, mientras que el grupo de nefropatías presenta menos que cáncer, hipertensión y diabetes.

Por último, en este apartado también se indagaba sobre la existencia de algún familiar con problemas de alcoholismo, drogadicción o algún otro problema psicológico. En este caso, vuelve a ser en el grupo de no enfermos donde es más probable encontrar este tipo de problemática.

En general hay que decir que cuando se pregunta por problemas familiares sin hacer ningún tipo de especificación, a las personas entrevistadas les cuesta bastante contestar y cuando lo hacen es de manera muy escueta. De hecho podemos ver que en general las medias son bastante bajas. Pero hay algunos detalles interesantes a destacar. Por un lado, son los no enfermos los que parecen tener más problemas de relaciones con su familia. Esto quizá podría indicar que los enfermos simplemente están más centrados en el problema de su enfermedad, pero como vemos las diferencias de medias en esta categoría no justifican esta interpretación. Más adelante tendremos la oportunidad de corroborar dicho dato cuando analicemos el apartado de problemas más importantes.

Como conclusión de este apartado hay que señalar que “lo normal” parece ser tener o, mejor dicho, “apreciar” que se tienen problemas familiares, si tomamos la normalidad como aquello que les ocurre a los no enfermos frente a los enfermos.

#### 7.2.2.2. RELACIONES SEXUALES

En cuanto a las relaciones sexuales, el cuadro 7.13. presenta las diferencias de medias de aquellas variables en las que era posible aplicar este estadístico. En principio se indaga sobre la *presencia de cambios en las relaciones sexuales* (debidos a la enfermedad en el caso de los enfermos y a otras causas en los no enfermos), donde son tres grupos los que parecen haberlos notado en mayor medida que los demás. Se trata de los grupos de diálisis, trasplante y cáncer frente a los de hipertensión, diabetes y no enfermos, mientras que diálisis también presenta mayor puntuación que nefropatías. Con respecto a esto hay que señalar que en los casos de cáncer y, sobre todo, de diálisis este cambio suele ser negativo puesto que la enfermedad lleva consigo una serie de alteraciones que afectan al funcionamiento sexual (aunque en el caso de cáncer esto no ocurriría de manera general). Sin embargo en el grupo de trasplante el cambio sería positivo puesto que su condición física general mejora (y probablemente, en especial, su percepción de ese cambio).

La evaluación de los motivos o especificación de estos cambios se desglosó en un total de seis categorías, también de ausencia-presencia. En este caso son, sobre todo, dos grupos los que parecen diferenciarse de manera más clara del resto. Por un lado, el grupo de cáncer señala en mayor medida que hipertensión, trasplante y no enfermos el *malestar físico* como motivo de sus cambios. Por otro lado, diálisis y cáncer parecen ser los grupos más afectados por

**CUADRO 7.13.- RELACIONES SEXUALES**

## MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS		HIPERT.		NEFRO.		TRASPL.		CANCER		DIABET.		NO ENF.	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
	N=62		N=86		N=53		N=36		N=96		N=73		N=316	
Cambios en sus relaciones sexuales	.69	.47	.36	.48	.42	.50	.61	.49	.55	.50	.32	.47	.34	.47
<b>Causas a las que se pueden deber esos cambios:</b>														
Problemas psicológicos	.06	.25	.05	.21	.06	.23	.00	.00	.05	.22	.00	.00	.01	.11
Malestar físico	.08	.28	.03	.19	.13	.34	.03	.17	.14	.34	.01	.12	.01	.11
Problemas con su pareja	.02	.13	.01	.11	.02	.14	.00	.00	.01	.10	.01	.12	.03	.16
Ya no tiene vida sexual	.16	.37	.05	.21	.02	.14	.00	.00	.09	.29	.00	.00	.03	.17
Disminución frecuencia	.34	.48	.09	.29	.15	.36	.17	.38	.14	.34	.10	.31	.15	.35
Menor deseo sexual	.31	.47	.14	.35	.17	.38	.08	.28	.31	.47	.12	.33	.08	.27
	N=57		N=83		N=52		N=34		N=96		N=74		N=294	
Su pareja le rehuye	.09	.29	.02	.15	.08	.27	.03	.17	.11	.32	.04	.20	.12	.32
Han hablado francamente sobre el sexo	.53	.50	.43	.50	.63	.49	.71	.46	.49	.50	.51	.50	.79	.41
Han tenido problemas anteriormente	.04	.19	.06	.23	.09	.29	.06	.23	.13	.34	.04	.20	.20	.40
Experimenta ansiedad, miedo, por su vida sexual	.09	.29	.05	.21	.20	.40	.15	.37	.17	.38	.12	.33	.15	.36
Satisfacción vida sexual	.71	.46	.90	.30	.84	.37	.91	.29	.73	.45	.81	.40	.77	.42
	N=41		N=58		N=		N=21		N=85		N=60		N=267	
Va a hablar con su pareja sobre su vida sexual	.32	.47	.28	.45	.50	.51	.57	.51	.34	.48	.33	.48	.73	.45

## SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9
Cambios en relaciones sexuales	***	**			***	***		..	..								**	***	**	***	
<b>Causas a las que pueden deberse esos cambios</b>																					
Problemas psicológicos			*		*			*		*							..		*		
Malestar físico								..						*	**	..			**	***	
Problemas con pareja																			..		
Ya no tiene vida sexual	*	**	***		***	**		*	*				..			..	..	..	**	*	..
Disminución frecuencia	***	*	*	**	***	**													**	***	
Menor deseo sexual	*		**		**	***		..					..			..	..		**	***	
Su pareja le rehuye								..		..	..					..		..			..
Han hablado francamente sobre el sexo					..	..	..	..		..	..				..	*	*			..	..
Ha tenido problemas sexuales anteriormente				..	..					..	..							..	*		..
Experimenta ansiedad, miedo, por vida sexual							..	..	..	..											
Satisfacción vida sexual	**		**						**		***						**		**		
Va a hablar con su pareja sobre su vida sexual					..	..	..	..		..	..				..	*				..	..

**NOTA:**

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis; 1= hipertensión; 2= nefropatías; 3= trasplante; 4= cáncer; 5= diabetes; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01;\*\*\*=p<0.001.

la enfermedad en la *pérdida de su vida sexual* y en el *menor deseo sexual*. Asimismo, diálisis también señala en mayor medida la *disminución de la frecuencia de sus relaciones sexuales* con respecto a los demás grupos (salvo con diabetes, en que las diferencias no llegan a ser significativas). Es interesante también el hecho de que los trasplantados también presenten diferencias significativas con varios grupos pero en el sentido opuesto (señalan en menor medida que hipertensión, cáncer, no enfermos y sobre todo que diálisis, el hecho de ya no tener vida sexual; y también en menor medida que diálisis y cáncer, sentir menor deseo sexual). En cuanto a problemas psicológicos y con la pareja no aparecen diferencias destacables entre los grupos. Estos resultados corroboran lo que comentábamos anteriormente, y señalan nuevamente a los dos grupos "más graves" o con amenaza de muerte, con mayores quejas con respecto a su vida sexual. El resto de los grupos aparecen prácticamente indiferenciados.

Curiosamente son los no enfermos los que dicen sentir *que su pareja les rehuye* en mayor medida que hipertensión, trasplante y diabetes, al igual que el grupo de cáncer con respecto a hipertensión y trasplante. Parece claro que, sobre todo el grupo de cáncer no responsabiliza a su pareja de su situación, lo que también se corrobora al señalar más arriba que siente menor deseo sexual. El problema parece estar en él o en su enfermedad.

Otro resultado interesante es que son los no enfermos los que señalan que *han hablado con sus parejas sobre sus relaciones sexuales* en mayor medida que el resto de los grupos, salvo que los trasplantados, que se diferencian también en el mismo sentido de hipertensión, cáncer y diabetes. En cuanto a la *intención de hablar con su pareja sobre su vida sexual*, en las diferencias de medias, lo más significativo es la circunstancia de que sean los no enfermos los que dicen que van a hablar en mayor medida que el resto de los grupos (salvo trasplante, que también puntúa más que hipertensión y cáncer). Resulta curioso que sean los que menos problemas dicen tener, los que hablen más del tema o piensen en hacerlo. Aunque probablemente sea precisamente más difícil hablar cuando existen esos problemas y más si éstos se achacan a la enfermedad (por lo que serían insolubles para ellos).

De igual manera, son los no enfermos los que dicen *haber tenido anteriormente más problemas sexuales* que diálisis, hipertensión, trasplante y diabetes. Dentro de los grupos de enfermos, el de cáncer, puntúa más que diálisis y diabetes.

En cuanto al hecho de sentir *ansiedad, miedo o culpa por su vida sexual*, es el grupo de hipertensión el que se diferencia de nefropatías, cáncer y no enfermos, puntuando significativamente menos.

La *satisfacción con la vida sexual* actual tenía, en principio, cuatro alternativas de respuesta (*sí es satisfactoria, por comprensión, amor; sí es satisfactoria porque no piden demasiado; no, por inhibición sexual; y no, por otros motivos, como tabú, problemas de pareja, etc.*), que se recodificaron posteriormente en *sí o no* (*las dos primeras serían la respuesta afirmativa y las dos*

---

*últimas la negativa*), de manera que se pudieran llevar a cabo análisis cuantitativos más gruesos y genéricos. En función de ellas, como se puede apreciar en el cuadro, los grupos de hipertensión y trasplante se muestran más satisfechos que los de diálisis, cáncer y no enfermos.

Sin embargo, si nos fijamos en las tablas de frecuencias de las cuatro categorías originales, que aparecen en la tabla 1, hay que señalar algunos matices. En primer lugar, hay que señalar que, en todos los grupos existe un predominio de satisfacción frente a la insatisfacción (con porcentajes que oscilan entre 47.3 y 79.4). En segundo lugar, deberían apuntarse algunos tipos de resultados acerca de cada categoría: por lo que se refiere al nivel *sí está satisfecho*, el grupo de trasplante presenta un porcentaje significativamente mayor que los de diálisis, nefropatías y diabetes. Asimismo los grupos de diálisis y diabetes presentan menor porcentaje que hipertensión y que no enfermos. En el nivel *satisfacción pero porque no se pide demasiado* es el grupo de no enfermos el que se diferencia más del resto, presentando unos porcentajes claramente menores a diálisis, hipertensión, nefropatías y diabetes. También el grupo de trasplante presenta menor porcentaje que diabetes. En el caso de la opción *no está satisfecho, por inhibición sexual* destacan los grupos de diálisis y cáncer por presentar significativamente mayor porcentaje que hipertensión, trasplante y diabetes, mientras que no enfermos también presenta un porcentaje mayor que diabetes. Por último, en el nivel *no está satisfecho por otros motivos, como tabú, problemas de pareja, etc.*, diabetes presenta un mayor porcentaje que hipertensión y nefropatías.

En este apartado hay varias conclusiones interesantes. Por un lado, son dos grupos los que parecen haber sufrido en mayor medida cambios negativos en sus relaciones sexuales: diálisis y cáncer (menor deseo, pérdida vida sexual, insatisfacción por inhibición sexual, malestar físico en cáncer, y menor frecuencia en diálisis). En el otro polo, aparece el grupo de trasplante (señala en menor medida la pérdida de la vida sexual y sentir menor deseo), que junto con el de hipertensión son los más satisfechos con su vida sexual y los que señalan en menor medida que su pareja les rehuya. A pesar de estos resultados, son los no enfermos los que más han hablado con su pareja sobre su vida sexual y los que más señalan la intención de volver hacerlo (en este último caso, junto con el grupo de trasplante). Recapitulando, parece que, efectivamente, la “gravedad de la enfermedad” afecta a la hora de evaluar la propia vida sexual, lo que además es ratificado por el hecho de que una condición que se entiende como “recuperación” (trasplante) presente resultados más satisfactorios incluso que el grupo de no enfermos. Y muy similares resultados obtiene también un grupo al que no le gusta que le categoricen como enfermo y que tiene una sintomatología prácticamente inexistente, como es el caso de la hipertensión.

### **7.2.3. EL MUNDO LABORAL**

Se abordan en esta área un número de cuestiones relacionadas con el trabajo. También aquí se irán combinando resultados obtenidos a partir de las



TABLA Nº 1.- SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEXUAL

## PORCENTAJES DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALIS. N=55		HIPER. N=82		NEFR. N=50		TRAS. N=34		CANC. N=79		DIABE. N=58		NO EN. N=299	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí está satisfecho	26	47.3	55	67.1	30	60	27	79.4	50	56.2	36	52.9	205	68.6
Sí está satisfecho porque no pide demasiado	13	23.6	19	23.2	12	24	4	11.8	15	16.9	19	27.9	25	8.4
No está satisfecho por inhibición	11	20	5	6.1	6	12	1	2.9	17	19.1	1	1.6	37	12.4
No está satisfecho por otros motivos	5	9.1	3	3.6	2	4	2	5.9	7	7.8	12	17.6	32	10.6

## SIGNIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE PORCENTAJES

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9	
Sí está satisfecho	._**	._***				._***				*		._*				**	**					._**
Sí, porque no pide demasiado						***					***				***		._*					***
No está satisfecho por Inhibición	**	**	**	**	***				._**								._**			***		._**
No está satisfecho por otros motivos										._**					._**							

## NOTA:

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

N= Número de personas que señalan esa categoría; %= Porcentaje de personas que señalan esa categoría.

0= diálisis; 1= hipertensión; 2= nefropatías; 3= trasplante; 4= cáncer; 5= diabetes; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01;\*\*\*=p<0.001.

---

diferencias de medias con tablas de frecuencia, dependiendo del tipo de variable. En algunos casos, variables que en principio contaban con varias categorías nominales se han recodificado con el fin de reducir la dispersión de respuestas. En estos casos se presentan ambos resultados: las diferencias de medias (que aparecen en el cuadro 7.14.) y las tablas de frecuencias de las distintas categorías.

En cuanto al *tipo de trabajo* que se realizaba en el momento de la entrevista, se codificó en función de si *seguía realizando la actividad laboral normal* o, por el contrario, había tenido que abandonarla. En el cuadro 7.14. vemos las diferencias de medias, en las que se aprecia que son los grupos de diálisis, trasplante, cáncer y diabetes los que en mayor medida han tenido que abandonar sus trabajos habituales.

Por lo que se refiere a la *movilidad en el trabajo* (evaluada en función del número de trabajos distintos que han realizado), el grupo que aparece con mayor inestabilidad laboral es el de diálisis, con diferencias significativas con respecto a diabetes, nefropatías, hipertensión y no enfermos. Los diabéticos, por contra, presentan menor movilidad que los trasplantados y los no enfermos (hay que recordar que en el grupo de diabetes hay un mayor porcentaje de jóvenes que en el resto de los grupos, lo que puede estar modulando este resultado).

Respecto a la *satisfacción en el trabajo* (con *sí* o *no* como alternativa de respuesta), los no enfermos señalan estar más insatisfechos que cualquiera de los grupos de enfermos. De nuevo, son estos últimos los que, a pesar de que circunstancias relacionadas con su enfermedad les han impedido continuar con su vida laboral normal, presentan menos quejas que aquellos que teóricamente no han tenido problemas de este tipo.

También se evaluaba con una pregunta abierta los motivos de esta satisfacción o insatisfacción laboral, que se codificaron en cinco categorías: *le gusta, le da satisfacciones personales; se conforma, es el que puede hacer; está poco reconocido o mal remunerado; no le gusta el ambiente de trabajo; y no le gusta el trabajo, no es su especialidad, tiene otras aspiraciones*. Los porcentajes de respuestas en cada categoría así como las diferencias entre los grupos aparecen en la tabla 2, en los que hay varios aspectos a destacar.

En la primera categoría (*le gusta, le da satisfacciones personales*) aparecen pocas diferencias significativas entre los grupos, siendo el de diálisis el que presenta un mayor porcentaje que no enfermos y que cáncer, mientras que este último también tiene menor porcentaje que el de nefropatías. En la categoría *se conforma, es el que puede hacer*, hay más diferencias entre los grupos. En primer lugar, son tres grupos (trasplante, cáncer y diabetes) los que presentan porcentajes superiores al resto, siendo significativa esta diferencia con respecto a diálisis y no enfermos, que presentan los porcentajes menores. En segundo lugar, es de destacar el grupo de cáncer, que presenta porcentajes significativamente superiores a otros cuatro grupos: diálisis, hipertensión, nefropatías y no enfermos.

## CUADRO 7.14.- PROBLEMAS LABORALES

## MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS		HIPERT.		NEFRO.		TRASPL.		CANCER		DIABET.		NO ENF.	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
	N=71		N=100		N=69		N=41		N=112		N=100		N=351	
Ya no realiza su actividad habitual	.61	.49	.27	.45	.30	.46	.61	.49	.55	.50	.51	.50	.18	.39
	N=62		N=87		N=55		N=35		N=112		N=79		N=294	
Número de trabajos que ha realizado	1.56	1.07	1.13	1.30	1.18	.98	1.40	1.33	1.28	1.06	.91	.84	1.19	1.21
	N=28		N=69		N=37		N=25		N=61		N=45		N=286	
Insatisfacción con trabajo	.11	.32	.16	.37	.14	.35	.04	.20	.15	.36	.11	.32	.29	.45
	N=66		N=89		N=		N=41		N=113		N=91		N=344	
Problemas económicos	.68	.79	.37	.55	.59	.80	.51	.64	.70	.82	.43	.70	.56	.76
	N=20		N=57		N=27		N=18		N=42		N=46		N=254	
Tiene problemas laborales	.25	.44	.16	.37	.19	.40	.00	.00	.21	.42	.20	.40	.22	.42
<b>Tipos de problemas laborales:</b>														
No le gusta el trabajo o empresa	.00	.00	.05	.23	.04	.20	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.03	.17
Problemas económicos del trabajo	.05	.22	.03	.18	.07	.27	.00	.00	.02	.15	.00	.00	.02	.14
Problemas con compañeros o jefe	.10	.31	.05	.22	.07	.27	.00	.00	.10	.30	.02	.15	.09	.28
Estrés en el trabajo	.00	.00	.09	.28	.04	.19	.00	.00	.05	.22	.02	.15	.03	.18
Otros	.10	.31	.02	.13	.07	.27	.00	.00	.07	.26	.24	.43	.09	.29
	N=21		N=51		N=26		N=17		N=42		N=39		N=236	
Tiene que pedir la baja	.62	.50	.22	.42	.35	.49	.47	.51	.88	.33	.26	.44	.11	.31

## SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9
Ya no realiza su actividad habitual	***	***				***		***	***	***		**	***	**	*			***	**	***	***
Número de trabajos que ha realizado	*	*			***	*											*				**
Insatisfacción con trabajo						**		*			**				*			***		**	**
Problemas económicos	**				*				***		**									**	
Problemas laborales			*					**				*				**	**	***			
<b>Tipos de problemas laborales:</b>																					
No le gusta el trabajo o la empresa																				**	**
Problemas económicos en el trabajo																					*
Problemas con los compañeros o el jefe																*		***			*
Estrés en el trabajo	*						*														
Otros									**	**				*				***	***	*	*
Tiene que pedir la baja	**			*	**	***		***					***		*	**		**	***	***	*

## NOTA:

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01;\*\*\*=p<0.001.

TABLA N° 2.- MOTIVOS DE LA SATISFACCIÓN O INSATISFACCIÓN EN EL TRABAJO

## PORCENTAJES DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALIS. N=26		HIPER. N=68		NEFR. N=35		TRAS. N=24		CANC. N=59		DIABE. N=42		NO EN. N=268	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Le gusta	22	84.4	50	73.5	28	80.0	19	79.2	36	61.0	30	71.4	180	67.2
Se conforma	1	3.9	6	8.9	4	11.3	5	20.8	15	25.4	8	19.0	14	5.2
Está poco reconocido o mal remunerado	1	3.9	2	2.9	1	2.9	0	0	1	1.7	1	2.4	18	6.7
No le gusta el ambiente	1	3.9	3	4.4	1	2.9	0	0	3	5.1	0	0	13	4.9
No le gusta el trabajo	1	3.9	7	10.3	1	2.9	0	0	4	6.8	3	7.2	43	16.0

## SIGNIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE PORCENTAJES

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9	
Le gusta				*		*							*									
Se conforma			.*	.*	.*				.*				.*						***		***	***
Está poco reconocido o mal remunerado																						
No le gusta el ambiente																						
No le gusta el trabajo						.*		*							.*				.*		.*	

## NOTA:

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

N= Número de personas que señalan esa categoría; %= Porcentaje de personas que señalan esa categoría.

0= diálisis; 1= hipertensión; 2= nefropatías; 3= trasplante; 4= cáncer; 5= diabetes; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01; \*\*\*=p<0.001.

Es decir, que son los enfermos de cáncer, seguidos de trasplantados y diabéticos, los que más se *conforman* con sus trabajos, o lo aceptan así porque es el que pueden hacer en sus circunstancias. En las siguientes categorías (*está poco reconocido o mal remunerado; y no le gusta el ambiente de trabajo*) no hay diferencias significativas entre los grupos. Por último, en la categoría *no le gusta el trabajo, no es su especialidad, tiene otras aspiraciones*, son los no enfermos los que parecen diferenciarse más del resto, obteniendo mayores porcentajes que los grupos de diálisis, nefropatías, cáncer y trasplante. Este último grupo también presenta un porcentaje significativamente menor que el de hipertensión.

A pesar de esto, estas diferencias no se reflejan cuando señalan la *existencia de problemas laborales* (una categoría de presencia-ausencia) tal como se aprecia en el cuadro. Aquí las diferencias se centran en el grupo de trasplante que puntúa significativamente menos que el resto. También se indagó por el tipo de problemas laborales que presentaban, que se codificó en cinco categorías de presencia-ausencia: *no le gusta el trabajo o la empresa; problemas económicos, el negocio va mal; problemas con compañeros o el jefe; estrés en el trabajo; y otros (miscelánea de problemas diversos)*. En este caso, son tres grupos los que acaparan más diferencias: trasplante, diabetes y no enfermos. Los trasplantados señalan tener menos problemas con los compañeros o el jefe que el grupo de cáncer y que los no enfermos. Igualmente señalan en menor medida que diabetes y que no enfermos la categoría *otros problemas* (miscelánea de problemas laborales diversos).

En cuanto a la consecución de las aspiraciones propias, se preguntaba por el puesto que les gustaría desempeñar en el trabajo, codificándose posteriormente en cinco categorías: *el que desempeña; otro puesto distinto de un nivel similar de aspiración; mayor nivel de aspiración; no trabaja pero le gustaría trabajar; otro puesto distinto de menor nivel de aspiración*. Las frecuencias correspondientes aparecen en la tabla 3. Como se puede apreciar, el grupo de hipertensión es el que parece colmar sus aspiraciones con el trabajo que tiene, puesto que presenta un mayor porcentaje en el primer nivel que cualquiera de los otros grupos (diálisis, trasplante, cáncer, nefropatías, diabetes y no enfermos). El grupo de diabetes también presenta mayor porcentaje que el de no enfermos. En el segundo nivel (*otro puesto distinto de un nivel similar de aspiración*), tan sólo el grupo de hipertensión presenta diferencias significativas con los grupos de trasplante y cáncer, teniendo un menor porcentaje. Son los no enfermos los que presentan una mayor aspiración laboral que la mayoría de los grupos: hipertensión, diálisis, nefropatías, cáncer y diabetes. Por otro lado, es el grupo de diálisis el que presenta mayor porcentaje en el nivel *no trabaja pero le gustaría trabajar*, que los grupos de hipertensión, diabetes, no enfermos, nefropatías y cáncer. También el grupo de trasplante presenta mayor porcentaje que hipertensión, diabetes y no enfermos. Por último, el grupo de cáncer tiene un mayor porcentaje que no enfermos y que hipertensión.

Uno de los datos curiosos que se aprecian en la tabla es el bajo porcentaje que presenta el grupo de hipertensión en la categoría *mayor nivel de aspiración*,

**TABLA Nº 3.- PUESTO QUE LE GUSTARÍA DESEMPEÑAR EN EL TRABAJO**

**PORCENTAJES DE LOS DISTINTOS GRUPOS**

VARIABLE	DIALIS. N=33		HIPER. N=66		NEFR. N=36		TRAS. N=23		CANC. N=47		DIABE. N=42		NO EN. N=273	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
El que desempeña	11	33.3	45	68.2	17	47.2	7	30.4	18	38.3	21	50.0	93	34.1
Nivel similar de aspiración	1	3.0	1	1.5	3	8.3	3	13.0	4	8.5	2	4.8	14	5.1
Mayor nivel de aspiración	7	21.2	13	19.7	9	25.0	7	30.4	12	25.5	13	30.9	127	46.5
No trabaja pero le gustaría	14	42.5	7	10.6	6	16.7	6	26.2	10	21.3	4	9.5	37	13.6
Menor nivel de aspiración	0	0	0	0	1	2.8	0	0	3	6.4	2	4.8	2	0.7

**SIGNIFICACIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE PORCENTAJES**

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9	
El que desempeña	_***						*	***	***	*	***											*
Nivel similar de Aspiración								_**	_*													
Mayor nivel de aspiración						_**					_***			_**						_**	_*	
No trabaja pero le Gustaría	***	**	*	***	***			_*								*	*					
Menor nivel de aspiración									_*												**	

**NOTA:**

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

N= Número de personas que señalan esa categoría; %= Porcentaje de personas que señalan esa categoría.

0= diálisis; 1= hipertensión; 2= nefropatías; 3= trasplante; 4= cáncer; 5= diabetes; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01;\*\*\*=p<0.001.

mientras que destaca por encima del resto al señalar el trabajo que desempeña como su aspiración, lo que no resulta muy coherente con las características que normalmente se asocian con la “*personalidad del hipertenso*”, como es la ambición en el terreno laboral. Son los no enfermos los que prefieren un mayor nivel que el que tienen, mientras que el grupo de diálisis es el que tiene un mayor porcentaje de personas que no trabajan pero les gustaría hacerlo.

Por lo que se refiere a la existencia de *problemas económicos*, el grupo de hipertensión señala tener menos que diálisis, cáncer y que los no enfermos, y los diabéticos menos que diálisis y cáncer.

A la vista de los resultados obtenidos, podemos concluir, por un lado, que son cuatro grupos de enfermos los que han tenido que abandonar en mayor medida sus trabajos habituales (diálisis, trasplante, cáncer y diabetes), mientras que es el grupo de diálisis el que presenta una mayor movilidad laboral (con un mayor número de trabajos realizados, aunque este dato hay que tomarlo con precaución dado que es uno de los grupos que presenta mayor cantidad de personas con más edad) y el que tiene más aspiraciones de trabajar. Sin embargo, son los no enfermos los que dicen sentirse más insatisfechos con sus trabajos respectivos y aspiran a uno de mayor nivel, y los trasplantados los que presentan menos problemas laborales. Parece que lo “normal” es encontrarse insatisfecho y aspirar a más. En el caso de los enfermos, a lo que se aspira es a poder trabajar, y cuando se consigue (como en el caso de los trasplantados), no creen tener problemas laborales, por lo que la ambición laboral parece haber desaparecido de su horizonte.

#### 7.2.4. PERCEPCIÓN Y UTILIDAD DEL APOYO SOCIAL

La influencia que la enfermedad crónica pueda tener sobre este aspecto se ha tratado con cierta frecuencia, bajo la rúbrica de apoyo social. En esta área se incluyen dos apartados, uno referido a cantidad y calidad de las relaciones sociales y otro relacionado con la búsqueda de apoyo.

##### 7.2.4.1. RELACIONES SOCIALES

Esta parte se encuentra representada por cuatro preguntas de respuesta obligada (con tres niveles cada una) que aparecen en el cuadro 7.15. con las medias, desviaciones típicas y significación de las diferencias de medias para cada grupo.

En cuanto a la intensidad de las relaciones propias con respecto a las de los demás (donde: 0= *tiene relaciones más intensas que las de los demás*; 1= *igual de intensas*; 2= *menos intensas*), no aparecen diferencias entre los distintos grupos. Sí aparecen, en cambio, en el resto de las cuestiones (en todas ellas la puntuación mayor significa una peor situación: *pérdida de amigos, más dificultades para conocer gente o salir menos de casa*).

Por un lado, todos los grupos de enfermos (salvo el de trasplante) sienten haber *perdido amigos* en mayor medida que los no enfermos. Todos los grupos de

## CUADRO N° 7.15.- RELACIONES SOCIALES

## MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS N=71		HIPERT. N=101		NEFROP. N=67		TRASPL. N=41		CANCER N=116		DIABET. N=98		NO ENF. N=348	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Relaciones menos intensas que las de los demás	1.08	.63	1.07	.59	1.19	.62	1.24	.54	1.09	.60	1.67	.48	1.13	.57
Ha perdido amigos	.97	.70	.92	.46	.87	.54	.71	.68	.85	.53	.84	.60	.58	.64
Tiene más dificultades para conocer gente	1.24	.65	1.02	.40	1.07	.59	.88	.64	1.11	.51	1.03	.53	.64	.71
Sale menos de casa	1.58	.60	1.25	.61	1.21	.68	1.34	.69	1.42	.69	1.17	.67	1.09	.76

## SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9	
Relaciones menos intensas que las de los demás																						
Ha perdido amigos			*			***					***				***						***	***
Tiene más dificultades para conocer gente	**		**		*	***					***				***	_*		*		***	***	
Sale menos de casa	***	***			***	***			_*		*		_*					*	**	***		

## NOTA:

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01;\*\*\*=p<0.001.



enfermos dicen tener *más dificultades para conocer gente* que los no enfermos, al igual que les ocurre a los dializados frente a hipertensos, trasplantados y diabéticos. También este grupo (diálisis) es el que señala *salir menos de casa que antes* frente a hipertensión, nefropatías, diabetes y no enfermos. Este último se diferencia también de los demás (salvo nefropatías) pero en dirección opuesta (sale más de casa).

Como conclusión, parece claro que los grupos de enfermos han notado un cambio apreciable en sus relaciones sociales después que ha surgido la enfermedad con respecto a los no enfermos. Entre los distintos grupos, además, parece ser el de diálisis el más afectado negativamente. Esto, aunque en parte podría achacarse a las características de la enfermedad, difícilmente puede ser totalmente explicado en base a esto. Parece que aquí no sólo importa lo que objetivamente/físicamente la enfermedad restringe sino más bien lo que la persona asume que significa “ser enfermo”. Si nos fijamos, comprobamos que son aquellos que no están enfermos (grupo de no enfermos), aquellos de escasa sintomatología y que no les gusta identificarse como enfermos (hipertensión y algunos diabéticos) y los que se consideran “recuperados” de una situación más incapacitante (trasplantados), los que tienen una vida igual o más activa socialmente.

#### 7.2.4.2. BÚSQUEDA DE APOYO

En esta sección se tratan una serie de cuestiones relacionadas con el recurso a otras personas o a instituciones cuando se tienen problemas de salud. En el cuadro 7.16. aparecen las medias, desviaciones típicas para cada grupo y significación de las diferencias entre ellos.

En primer lugar se indaga por la importancia de la religión (cuya puntuación puede ser: 0= *nada*; 1= *algo*; 2= *bastante*; 3= *mucho*), donde aparecen pocas diferencias entre los grupos, siendo lo más destacable que para hipertensos y enfermos de cáncer la religión es más importante que para nefrópatas, diabéticos y no enfermos.

La pregunta de si *consulta con alguien antes de ir al médico* se codificó en cinco categorías de ausencia/presencia (*consultó a familiares; a amigos; a otros pacientes; a curanderos; sí consultó*). En este caso, son los no enfermos los que parecen diferenciarse del resto de los grupos. Así sucede en dos categorías: consulta a familiares y la alternativa genérica de si consulta o no. También dicen consultar más a los amigos que los grupos de diálisis, nefropatías y diabetes.

Una cuestión muy interesante se refiere a si se consideran necesarias las asociaciones de enfermos, pregunta que se ha codificado en cuatro categorías: *sí es bueno que se formen asociaciones para buscar apoyo; sí, para buscar información; sí para buscar reivindicación; sí es bueno que se formen asociaciones*. Los más escépticos en este caso, parecen ser los hipertensos y los enfermos de cáncer, que puntúan significativamente menos que el resto de los

**CUADRO 7.16.- BÚSQUEDA DE APOYO**

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS		HIPERT.		NEFRO.		TRASPL.		CANCER		DIABET.		NO ENF.	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
	N=71		N=99		N=70		N=41		N=116		N=106		N=351	
Importancia de la religión	1.75	1.11	2.02	1.02	1.66	1.08	1.93	1.06	2.04	.98	1.60	1.08	1.71	1.09
<b>Personas a las que consulta antes de ir al médico :</b>														
	N=70		N=101		N=70		N=41		N=116		N=100		N=325	
Consulta a familiares	.21	.41	.32	.47	.39	.49	.32	.47	.28	.45	.32	.47	.69	.47
Consulta a amigos	.07	.26	.13	.34	.09	.28	.15	.36	.14	.35	.07	.26	.18	.39
a otros pacientes	.01	.12	.04	.20	.01	.12	.00	.00	.01	.09	.01	.10	.01	.08
a curanderos	.01	.12	.00	.00	.06	.23	.07	.26	.03	.18	.03	.17	.00	.06
Sí consulta	.29	.46	.37	.48	.46	.50	.44	.50	.38	.49	.39	.49	.71	.46
<b>¿Es bueno que las personas que sufren dolencias se reúnan y formen asociaciones para ayudarse mutuamente?</b>														
	N=70		N=97		N=70		N=41		N=113		N=103		N=305	
Sí, para buscar apoyo	.31	.47	.31	.47	.36	.48	.44	.50	.37	.49	.42	.50	.55	.50
Sí, para buscar informac.	.33	.47	.23	.42	.23	.42	.29	.46	.27	.44	.46	.50	.18	.39
Sí, para buscar reivindicación	.04	.20	.00	.00	.03	.17	.08	.27	.02	.13	.08	.27	.10	.30
Sí es bueno	.96	.21	.71	.46	.87	.34	.90	.30	.73	.44	.91	.29	.91	.28

## SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9
Importancia de la religión							*			**	**		-.**						**	**	
<b>Personas a las que consulta antes de ir al médico:</b>																					
Consulta a familiares		-.*				-.***					-.***				-.***			-.***		-.***	-.***
Consulta a amigos						-.**									-.**						-.***
Consulta a pacientes								*													
Consulta a curanderos							-.*		-.*												
Sí consulta		-.*				-.***					-.***				-.***			-.**		-.***	-.***
<b>¿Es bueno que las personas que sufren dolencias se reúnan y formen asociaciones para ayudarse mutuamente?</b>																					
Sí, para buscar apoyo						-.***					-.***				-.**					-.***	-.*
Sí, para buscar inform.						*				-.***				-.**					-.**		***
Sí, para buscar reivindicación										-.**	-.***				-.**				-.*	-.***	
Sí es bueno	***			***			-.**	-.**		-.***	-.***		*			**			-.***	-.***	

**NOTA:**

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p&lt;0.05; \*\*=p&lt;0.01;\*\*\*=p&lt;0.001.

grupos. En cuanto a la utilidad de estas asociaciones, son precisamente los no enfermos los que piensan que son *buenas para buscar apoyo* en mayor medida que el resto (salvo trasplante). Los diabéticos, por su parte, piensan que son necesarias *para buscar información* en mayor medida que los enfermos de hipertensión, nefropatías, cáncer y el grupo de no enfermos. Por último, los diabéticos y no enfermos señalan que son necesarias *para buscar reivindicación* más que hipertensión y cáncer, al igual que no enfermos con respecto a nefropatías.

Otro aspecto importante es la opinión respecto a la asistencia sanitaria, que se refleja en el cuadro 7.17. Son dos grupos los que tienen una visión más negativa de la asistencia sanitaria que el resto y, curiosamente, son los diabéticos y los no enfermos, que además presentan unas diferencias bastante significativas. Mientras, el grupo de cáncer, además de diferenciarse de los anteriores, también tiene una visión más positiva de la asistencia sanitaria que hipertensión y nefropatías.

En cuanto a lo que habría que mejorar de la asistencia sanitaria, las respuestas se codificaron en ocho categorías de ausencia-presencia: *es inmejorable; eliminando la masificación; necesidad de más humanización; más puntualidad; mejorar las condiciones estructurales, alimenticias o de higiene; aumento y mejor preparación del personal sanitario; necesidad de más y mejor información; avances técnicos*. Se repite prácticamente el mismo patrón que en la pregunta anterior al señalar que la asistencia es inmejorable (aunque, obviamente, en la dirección opuesta). No enfermos e hipertensos piensan que habría que eliminar la masificación en mayor medida que diálisis, cáncer y diabetes. Reclaman mayor humanización los no enfermos que el resto de grupos, mientras que los hipertensos también se diferencian, aunque ligeramente, de diálisis, trasplante, cáncer y diabetes. Por lo que respecta a la puntualidad, parecen ser los dializados los menos descontentos con este aspecto, mientras que los hipertensos también se diferencian de nefropatías, diabetes y no enfermos, exigiendo más que estos grupos. La mejora de las condiciones estructurales parece ser más preocupante para no enfermos y cáncer que para diabetes e hipertensión. La petición de aumento y mejor preparación del personal, así como de avances técnicos, vuelve a repetir el patrón que veíamos al principio de esta área, siendo los no enfermos los que se diferencian del resto de los grupos, puntuando significativamente más. Por último, resulta interesante comprobar que apenas aparecen diferencias en la categoría referida a la exigencia de más y mejor información, donde sólo los enfermos de cáncer la señalan más que diálisis e hipertensión.

De todos estos datos se pueden extraer varias conclusiones. Primero, que son los no enfermos los que valoran en mayor medida los consejos de otras personas (especialmente la familia) sobre sus problemas de salud. Segundo, son los hipertensos y los enfermos de cáncer los que consideran más necesarias las asociaciones de enfermos, mientras que los no enfermos las consideran mejores

## CUADRO 7.17.- ASISTENCIA SANITARIA

## MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS		HIPERT.		NEFRO.		TRASPL.		CANCER		DIABET.		NO ENF.	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
	N=71		N=99		N=69		N=41		N=116		N=101		N=345	
Valoración negativa de la asistencia sanitaria	.55	.56	.71	.63	.64	.59	.46	.55	.39	.59	.88	.61	.99	.77
<b>¿Cómo se podría mejorar la asistencia?</b>														
	N=71		N=99		N=69		N=41		N=111		N=90		N=332	
Es inmejorable	.49	.50	.31	.47	.30	.46	.41	.50	.39	.49	.08	.27	.01	.11
Eliminando la masificac.	.08	.28	.30	.46	.23	.43	.22	.42	.14	.35	.17	.38	.34	.48
Humanización	.17	.38	.30	.46	.21	.41	.15	.36	.15	.36	.18	.38	.52	.50
Puntualidad	.00	.00	.16	.37	.04	.20	.12	.33	.13	.33	.06	.23	.08	.27
Mejorar condiciones estructurales	.20	.40	.10	.30	.17	.38	.17	.38	.23	.43	.08	.27	.21	.41
Aumento y mejor preparación del personal	.17	.38	.16	.37	.30	.46	.12	.33	.14	.34	.26	.44	.48	.50
Necesidad de más y mejor información	.01	.12	.03	.17	.07	.26	.05	.22	.11	.31	.05	.23	.05	.23
Avances técnicos	.04	.20	.05	.22	.03	.17	.07	.26	.07	.26	.05	.23	.17	.38

## SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9	
Valoración negativa de la asistencia					***	***		*	***	*	***		**	**	***		***	***	***	***	***	
<b>¿Como se podría mejorar la asistencia que recibe?</b>																						
Es inmejorable	*	*			***	***				***	***			***	***		***	***	***	***	*	
Eliminando la masificac.	***	*			***			**	*											***	***	
Humanización	*				***		*	**	*	***					***			***		***	***	
Puntualidad	***		*	***	*	***	**			*	*		*								***	
Mejorar las condiciones estructurales					*				***		***									**	***	
Aumento y mejor preparación del personal					***	*				***	*	**		***		*	***	*	***	***	***	
Necesidad de más y mejor información				**	*				*													
Avances técnicos					***					***					***			*		**	***	

## NOTA:

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01;\*\*\*=p<0.001.

para buscar apoyo y los diabéticos para buscar información. La valoración más negativa de la asistencia sanitaria la dan diabéticos y no enfermos, mientras que son los enfermos de cáncer los que la valoran más positivamente. Por último, en cuanto a lo que hay que mejorar, son los no enfermos los que exigen más: humanización, más y mejor personal, avances técnicos y eliminar la masificación (esto último, junto con el grupo de hipertensión), lo cual resulta bastante curioso, puesto que son los que menos usan los servicios sanitarios los que más se quejan de su funcionamiento. En función de estos resultados, podríamos aventurar que los que no están enfermos aprecian más carencias en la infraestructura hospitalaria y piensan que las asociaciones son buenas para dar apoyo, pero para los "otros" que están enfermos, pero no se ponen en ese lugar. Por contra el grupo de diálisis piensa que la asistencia es inmejorable y es el que menos quejas señala, lo que puede estar relacionado con que los entrevistados en general viven con una enfermedad de larga duración, que lleva aparejada una relación casi diaria con el sistema sanitario. En el caso de los enfermos de cáncer, valoran positivamente la asistencia, lo que podría explicarse desde un punto de vista adaptativo, puesto que la amenaza de muerte que suele achacarse a su enfermedad, tiene como única contrapartida que el sistema sanitario funcione correctamente. También su rechazo a las asociaciones puede deberse a una forma de evadir el problema, puesto que se supone que en una asociación con más enfermos lo que se va a hacer es precisamente hablar de ello. Los diabéticos valoran negativamente la asistencia y aceptan las asociaciones para buscar información, lo que resulta lógico si pensamos que es un grupo en el cual es muy importante que sepan manejar correctamente todo lo que implica su enfermedad. Por último, el grupo de hipertensión no cree que sean necesarias las asociaciones, ¿para qué?, si no se consideran enfermos ni diferentes a cualquier persona.

### 7.2.5. OCIO Y DIVERSIÓN

Dentro de este apartado se engloban cinco aspectos evaluados con preguntas abiertas, que posteriormente han sido codificados en categorías de ausencia-presencia. Uno de estos aspectos resulta especialmente interesante: la evaluación de las pérdidas. Se trata de aquellas actividades que les gustaba hacer y ya no pueden, en el caso de los enfermos, por su enfermedad, y en el de los no enfermos, por otro tipo de circunstancias. En este caso consta de once categorías: *actividades sociales extrafamiliares; actividades y juegos de reposo; actividades al aire libre; actividades domésticas, laborales, de entretenimiento y hobbies; actividades deportivas; visitas y relaciones familiares; asistencia a eventos culturales, deportivos, religiosos; viajar o cambiar de residencia; trabajar o estudiar; puede hacer las mismas cosas; y comidas y restricciones físicas.*

En el cuadro 7.18., vemos que son los no enfermos los que difieren en mayor medida del resto de los grupos y, en general, señalando más pérdidas. La relación se invierte sólo en el caso de las *comidas y restricciones físicas, trabajar o estudiar*, y para la categoría *puede hacer las mismas cosas* (salvo con diálisis). Dentro de los enfermos, son los dializados los que tienen un mayor volumen de

**CUADRO 7.18.- PÉRDIDAS (ACTIVIDADES QUE HACÍA Y LE GUSTABAN Y AHORA NO PUEDE REALIZAR)**

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS N=70		HIPERT N=94		NEFROP. N=65		TRASPL. N=37		CANCER N=112		DIABETES N=99		NO ENF. N=345	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Actividades sociales extrafamiliares	.36	.48	.15	.36	.26	.44	.24	.43	.15	.36	.18	.39	.52	.50
Actividades y juegos de reposo	.09	.28	.01	.10	.05	.21	.05	.23	.05	.23	.02	.14	.21	.41
Actividades al aire libre	.21	.41	.14	.35	.25	.43	.19	.40	.22	.42	.12	.33	.29	.46
Actividades domésticas, laborales y hobbies	.21	.41	.15	.36	.14	.35	.14	.35	.34	.48	.11	.32	.32	.47
Actividades deportivas	.34	.48	.14	.35	.18	.39	.35	.48	.15	.36	.12	.33	.37	.48
Visitas y relaciones familiares	.04	.20	.01	.10	.02	.12	.00	.00	.01	.09	.00	.00	.14	.35
Acude a eventos (culturales, deportivos, religiosos)	.10	.30	.01	.10	.02	.12	.05	.23	.04	.21	.04	.20	.23	.42
Viajar o cambiar de residencia	.19	.39	.02	.15	.03	.17	.00	.00	.04	.19	.07	.26	.16	.37
Trabajar y estudiar	.40	.49	.12	.32	.20	.40	.35	.48	.46	.50	.10	.30	.13	.34
Puede hacer lo mismo	.04	.20	.32	.47	.35	.48	.27	.45	.22	.42	.13	.34	.11	.32
Comidas y restricciones físicas	.23	.42	.34	.48	.20	.40	.11	.32	.17	.38	.40	.49	.02	.13

## SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9
Actividades sociales extrafamiliares	**			**	**	_*					_*				_*			_*		_*	_*
Actividades y juegos de reposo	*					_*					_*				_*			_*		_*	_*
Actividades al aire libre											_*			*					*		_*
Actividades domésticas, laborales y hobbies								_*			_*		_*		_*	_*		_*	***		_*
Actividades deportivas	**	*		**	***			_*			_*				_*	*	**				_*
Visitas y relaciones familiares						_*					_*				_*			_*		_*	_*
Acude a eventos (culturales, deportivos, religiosos)	*	*				_*					_*				_*			_*		_*	_*
Viajar o cambiar de residencia	***	**	***	**	*						_*				_*	_*	_*	_*		_*	_*
Trabajar y estudiar	***	**			***	***		_*	_*				_*				**	**	***	***	
Puede hacer lo mismo	_*	_*	_*	_*	_*	_*				**	***			**	***			*		**	
Comidas y restricciones físicas					_*	***	*	**	**		***			_*	***		_*		_*	***	***

**NOTA:**

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\* = p &lt; 0.05; \*\* = p &lt; 0.01; \*\*\* = p &lt; 0.001.

pérdidas, sobre todo *en actividades sociales extrafamiliares, deportivas, trabajar o estudiar y viajar*. También se diferencia claramente de todos los grupos en la categoría *puede hacer las mismas cosas*, puntuando significativamente menos. Entre el resto de los grupos, las diferencias aparecen, sobre todo, en tres categorías: *actividades domésticas o hobbies, trabajar o estudiar y comidas y restricciones físicas*. En la primera, son los enfermos de cáncer quienes puntúan más que el resto de los grupos (salvo diálisis y no enfermos). En el segundo, trasplante y cáncer puntúan más que hipertensión y diabetes. También cáncer presenta más este tipo de pérdidas que el grupo de nefropatías. Por último, el grupo de hipertensión y, sobre todo, el de diabetes, se quejan en mayor medida de las restricciones alimentarias o físicas que sufren debido a su enfermedad.

En el resto de las cuestiones de este apartado las diferencias son pocas y aparecen muy dispersas entre los distintos grupos, sin que haya un patrón claro. Un claro ejemplo de esto se presenta en el cuadro 7.19., donde aparecen las actividades que se realizaban en la juventud para divertirse, que se han agrupado en nueve categorías: *actividades sociales extrafamiliares; actividades y juegos de reposo; actividades al aire libre; actividades domésticas, laborales, de entretenimiento y hobbies; actividades deportivas; visitas y relaciones familiares; asistencia a eventos culturales, deportivos, religiosos; viajar o cambiar de residencia; trabajar y estudiar*. Las diferencias aparecen muy repartidas entre los grupos sin que haya unos que sobresalgan especialmente sobre otros, aunque es sobre todo en dos categorías donde aparecen la mayor cantidad de diferencias: *actividades al aire libre, y domésticas y hobbies*.

Por lo que se refiere a las actividades que se realizan los fines de semana (que consta de las mismas categorías que el apartado anterior y aparece en el cuadro 7.20.), es el grupo de no enfermos el que presenta más diferencias con el resto, centrándose también en dos categorías: *actividades sociales extrafamiliares*, en la que los no enfermos puntúan más que el resto de los grupos; y *actividades al aire libre*, en la que este mismo grupo puntúa menos que diálisis, hipertensión, nefropatías y trasplante, y diabetes menos que diálisis e hipertensión.

En las actividades que realizan en las vacaciones (cuadro 7.21.) de nuevo son los no enfermos los que vuelven a presentar más diferencias, y son cuatro las categorías en las que se dan especialmente. En este caso hay un total de once categorías: *actividades sociales extrafamiliares; actividades y juegos de reposo; actividades al aire libre; actividades domésticas, laborales, de entretenimiento y hobbies; actividades deportivas; visitas y relaciones familiares; asistencia a eventos culturales, deportivos, religiosos; viajar o cambiar de residencia; trabajar y estudiar; no tiene vacaciones o hace lo mismo que el resto del año; siempre está de vacaciones*. En las *actividades sociales extrafamiliares*, son los enfermos de cáncer los que dicen realizarlas en menor medida que los no enfermos, trasplante, hipertensión y nefropatías, mientras que los trasplantados también puntúan más que diálisis y diabetes. Son los no enfermos los que *trabajan o estudian* en las vacaciones en mayor medida que diálisis, hipertensión, nefropatías y trasplante. Estos últimos también lo hacen en menor medida que cáncer y diabetes.

**CUADRO 7.19.- ACTIVIDADES QUE HACÍA CUANDO ERA MÁS JOVEN PARA DIVERTIRSE**

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS N=69		HIPERT. N=101		NEFRO. N=68		TRASPL. N=41		CANCER N=115		DIABET. N=105		NO ENF. N=337	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Actividades sociales extrafamiliares	.87	.34	.69	.46	.78	.42	.80	.40	.84	.37	.62	.49	.82	.39
Actividades y juegos de reposo	.07	.26	.12	.33	.24	.43	.10	.30	.11	.32	.09	.28	.12	.33
Actividades al aire libre	.26	.44	.49	.50	.46	.50	.37	.49	.37	.48	.14	.35	.26	.44
Actividades domésticas, laborales y hobbies	.13	.34	.04	.20	.01	.12	.00	.00	.11	.32	.05	.21	.08	.27
Actividades deportivas	.26	.44	.15	.36	.19	.40	.27	.45	.08	.27	.13	.34	.19	.39
Visitas y relaciones familiares	.01	.12	.01	.10	.01	.12	.00	.00	.03	.18	.06	.23	.02	.14
Acude a eventos (culturales, deportivos, religiosos)	.19	.39	.32	.47	.34	.48	.32	.47	.34	.48	.21	.41	.29	.46
Viajar o cambiar de residencia	.03	.17	.02	.14	.06	.24	.00	.00	.01	.09	.02	.14	.02	.13
Trabajar y estudiar	.03	.17	.06	.24	.00	.00	.02	.16	.04	.21	.00	.00	.02	.13

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9
Actividades sociales extrafamiliares	**				***				_*		_*			*			*		***		_*
Actividades y juegos de reposo		_*										*	*	**	*						
Actividades al aire libre	_*	_*								***	***			***	**		**		***	*	_*
Actividades domésticas, laborales y hobbies	*	**	**					*	_*				_*		_*	_*	_*				
Actividades deportivas				**	*								*			**					_*
Visitas y relaciones familiares																_*	_*				
Acude a eventos (culturales, deportivos, religiosos)	_*	_*		_*		_*													*		
Viajar o cambiar de residencia												*									
Trabajar y estudiar							**			**			_*		_*				*		_*

**NOTA:**

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p&lt;0.05; \*\*=p&lt;0.01;\*\*\*=p&lt;0.001.



---

**CUADRO 7.20.- ACTIVIDADES QUE REALIZA EN LOS FINES DE SEMANA**

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS N=70		HIPERT. N=98		NEFROP. N=69		TRASPL. N=41		CANCER N=116		DIABETES N=106		NO ENF. N=350	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Actividades sociales extrafamiliares	.20	.40	.29	.45	.30	.46	.24	.44	.34	.47	.31	.46	.44	.50
Actividades y juegos de reposo	.47	.50	.34	.48	.45	.50	.37	.49	.48	.50	.25	.44	.37	.48
Actividades al aire libre	.44	.50	.45	.50	.41	.50	.41	.50	.30	.46	.27	.45	.25	.43
Actividades domésticas, laborales y hobbies	.09	.28	.14	.35	.13	.34	.02	.16	.10	.31	.09	.29	.13	.34
Actividades deportivas	.11	.32	.03	.17	.07	.26	.12	.33	.04	.20	.05	.21	.06	.24
Visitas y relaciones familiares	.21	.41	.22	.42	.14	.36	.24	.44	.21	.41	.08	.28	.24	.43
Acude a eventos (culturales, deportivos, religiosos)	.16	.37	.13	.34	.14	.36	.17	.38	.13	.34	.11	.32	.14	.34
Viajar o cambiar de residencia	.01	.12	.09	.29	.07	.26	.02	.16	.04	.20	.02	.14	.01	.12
Trabajar y estudiar	.10	.30	.09	.29	.06	.24	.10	.30	.07	.25	.08	.27	.13	.33

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9
Actividades sociales extrafamiliares				_*		_-***					_*				_*			_*		_*	_*
Actividades y juegos de reposo					**				_*					**					***	*	_*
Actividades al aire libre					*	**			*	**	***				**			*			
Actividades domésticas, laborales y hobbies							**					*					_*	_-***			
Actividades deportivas	*																				
Visitas y relaciones familiares					*					**							*		**		_-***
Acude a eventos (cultural., deportivos, religiosos)																					
Viajar o cambiar de residencia	_*									*	**										
Trabajar y estudiar															_*						_*

**NOTA:**

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p&lt;0.05; \*\*=p&lt;0.01; \*\*\*=p&lt;0.001.

**CUADRO 7.21.- ACTIVIDADES QUE REALIZA EN LAS VACACIONES**

## MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS N=70		HIPERT. N=101		NEFROP. N=70		TRASPL. N=41		CANCER N=116		DIABETES N=108		NO ENF. N=344	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Actividades sociales extrafamiliares	.07	.26	.13	.34	.13	.34	.22	.42	.04	.20	.06	.23	.15	.36
Actividades y juegos de reposo	.23	.42	.09	.29	.19	.39	.17	.38	.13	.34	.15	.36	.23	.42
Actividades al aire libre	.43	.50	.46	.50	.44	.50	.34	.48	.38	.49	.34	.48	.42	.50
Actividades domésticas, laborales y hobbies	.03	.17	.02	.14	.07	.26	.07	.26	.02	.13	.04	.19	.08	.27
Actividades deportivas	.06	.23	.04	.20	.06	.23	.10	.30	.04	.20	.07	.25	.05	.22
Visitas y relaciones familiares	.10	.30	.07	.26	.10	.30	.02	.16	.06	.24	.03	.17	.12	.32
Acude a eventos (culturales, deportivos, religiosos)	.01	.12	.02	.14	.01	.12	.07	.26	.02	.13	.01	.10	.03	.18
Viajar o cambiar de residencia	.23	.42	.44	.50	.23	.42	.29	.46	.36	.48	.26	.44	.34	.47
Trabajar y estudiar	.03	.17	.03	.17	.01	.12	.00	.00	.05	.22	.08	.28	.08	.27
No tiene vacaciones, sigue la rutina diaria	.27	.45	.24	.43	.26	.44	.27	.45	.27	.44	.22	.42	.12	.32
Siempre está de vacaciones	.00	.00	.01	.10	.06	.23	.02	.16	.01	.09	.02	.14	.01	.08

## SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9	
Actividades sociales extrafamiliares			_*			_*			*				*			**	*				_*	_*
Actividades y juegos de reposo	*										_*										_*	_*
Actividades al aire libre																						
Actividades domésticas, laborales y hobbies						_*					_*											_*
Actividades deportivas																						
Visitas y relaciones familiares																			_*		_*	_*
Actividades culturales, deportivas, religiosas																						
Viajar o cambiar de residencia	_*			_*		_*	**			**			_*		_*							
Trabajar y estudiar						_*					_*			_*	_*	_*	_*	_*	_*	_*	_*	_*
No tiene vacaciones, sigue la rutina diaria						**				**					*			*			**	*
Siempre está de vacaciones		_*																				

**NOTA:**

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01;\*\*\*=p<0.001.

En cuanto a *viajar y cambiar de residencia*, hipertensión, cáncer y no enfermos lo señalan más que diálisis y nefropatías, y diabetes más que hipertensión. Por último, todos los grupos de enfermos señalan más *no tener vacaciones o hacer lo de siempre*.

El último aspecto indagaba sobre las preferencias que tenían con respecto a sus ratos de ocio (cuadro 7.22.) y que se codificaron en diez categorías: *actividades sociales extrafamiliares; actividades y juegos de reposo; actividades al aire libre; actividades domésticas, laborales, de entretenimiento y hobbies; actividades deportivas; visitas y relaciones familiares; asistencia a eventos culturales, deportivos, religiosos; viajar o cambiar de residencia; trabajar y estudiar; nada en especial o no tiene tiempo libre*. En este apartado las diferencias se centran en cinco categorías. En cuanto a las *actividades sociales extrafamiliares* es el grupo de diálisis el que las señala en menor medida que el resto. Los enfermos de cáncer prefieren las *actividades domésticas y hobbies* más que los demás (salvo que el grupo de hipertensión). Los no enfermos también eligen más *acudir a eventos (culturales, deportivos,...)* que los grupos de diálisis, hipertensión, trasplante y diabetes. En cuanto a *viajar o cambiar de residencia*, vuelven a ser los no enfermos los que lo prefieren frente al resto de los grupos, salvo el de nefrópatas (que también los señala en mayor medida que diálisis, trasplante, cáncer y diabetes). Por último en la categoría *nada en especial o no tiene tiempo libre* hay dos grupos que se diferencian claramente del resto pero en direcciones opuestas: los trasplantados lo señalan menos que el resto de los grupos y el grupo de diálisis lo señala más que los demás (excepción hecha del grupo de cáncer).

De estos apartados podemos hacer un resumen sucinto. En cuanto a las pérdidas, los no enfermos señalan en general más pérdidas que el resto de los grupos. Dentro de los enfermos son los dializados los que parecen haber perdido más, señalando también en menor medida que cualquiera de los grupos la categoría *puede hacer lo mismo*. En el apartado de actividades que realizaba en la juventud no hay diferencias apreciables, mientras que en los fines de semana, los no enfermos realizan más actividades sociales extrafamiliares y menos actividades al aire libre que la mayoría de los grupos. En las actividades que realizan en vacaciones vuelven a diferenciarse, sobre todo, los no enfermos, señalando que trabajan o estudian más que la mayoría de grupos, y que hacen lo mismo de siempre, en menor medida que el resto. Por último, en cuanto al tiempo libre, dos grupos parecen ser los polos opuestos: los no enfermos preferirían acudir a eventos (culturales, deportivos,...) y viajar, y al grupo de diálisis *no le gustaría hacer nada en especial o no tiene tiempo libre*, y prefiere en menor medida que los demás realizar actividades sociales extrafamiliares.

#### 7.2.6. PROBLEMAS MÁS IMPORTANTES

Se ha dejado aparte de estas cinco grandes áreas una cuestión referida a la existencia de problemática, en general, y la valoración de su gravedad. Esto nos puede servir como contraste de las distintas áreas que hemos sondeado con otro

## 7.22.- ACTIVIDADES QUE LE GUSTARÍA REALIZAR EN SU TIEMPO LIBRE

## MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS N=70		HIPERT. N=99		NEFROP. N=67		TRASPL. N=39		CANCER N=116		DIABETES N=104		NO ENF. N=347	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Actividades sociales extrafamiliares	.03	.17	.11	.32	.12	.33	.15	.37	.12	.33	.14	.34	.13	.33
Actividades y juegos de reposo	.20	.40	.29	.46	.28	.45	.28	.46	.32	.47	.26	.44	.23	.42
Actividades al aire libre	.14	.35	.08	.27	.12	.33	.10	.31	.16	.36	.14	.35	.14	.35
Actividades domésticas, laborales y hobbies	.27	.45	.36	.48	.25	.44	.26	.44	.47	.50	.20	.40	.24	.43
Actividades deportivas	.13	.34	.11	.32	.12	.33	.13	.34	.07	.25	.12	.32	.16	.37
Visitas y relaciones familiares	.07	.26	.06	.24	.03	.17	.05	.22	.09	.28	.05	.22	.07	.26
Acude a eventos (culturales, deportivos, religiosos)	.06	.23	.04	.20	.12	.33	.05	.22	.09	.28	.06	.23	.15	.36
Viajar o cambiar de residencia	.01	.12	.07	.26	.13	.34	.03	.16	.03	.18	.04	.19	.20	.40
Trabajar y estudiar	.16	.37	.16	.37	.18	.39	.21	.41	.12	.33	.12	.32	.10	.31
Nada en especial o no tiene tiempo libre	.17	.38	.06	.24	.06	.24	.00	.00	.09	.28	.07	.25	.07	.26

## SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9	
Actividades sociales extrafamiliares	_*	_*	_*	_**	_**	_***																
Actividades y juegos de reposo																						
Actividades al aire libre																						
Actividades domésticas, laborales y hobbies				_**						**	*		_**			_**			***	***		
Actividades deportivas																					_**	
Visitas y relaciones familiares																						
Acude a eventos (cultura., deportivos, religiosos)						_**					_***								_*			_**
Viajar o cambiar de residencia		_**				_***					_***	*	*	*					_***		_***	_***
Trabajar y estudiar																						
Nada en especial o no tiene tiempo libre	*	*	***		*	*		**				*				_***	_**	_***				

## NOTA:

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01; \*\*\*=p<0.001.

tipo de preguntas más específicas. En este caso se trataba de una pregunta abierta donde se pedía la enumeración de los problemas más importantes que consideraban que tenían y su valoración con una escala de gravedad creciente que iba de 0 a 10. De estas respuestas se extrajeron 11 categorías de problemas. Se codificaba la importancia que la persona había señalado para cada tipo de problema. Dado que podía haber más de un problema de la misma categoría, la puntuación se sumaba, con lo que podía superar el valor 10. Por esto se optó por recodificar dichas puntuaciones en cuatro valores: 0= no se señala el problema; 1= se le da una importancia de 1 a 5; 2= importancia de 6 a 10; y 3= más de 10. Ya con estas puntuaciones se procedió a realizar diferencias de medias entre los distintos grupos, que aparecen en el cuadro 7.23.

Un primer resultado que ya aparecía en casos anteriores es la gran variabilidad de respuesta que suele estar presente en los distintos grupos (en muchos casos, la desviación típica posee un valor absoluto mayor que la media) y que ya hace sospechar la existencia de una gran heterogeneidad dentro de cada grupo de enfermos. De ahí que sobresalga, como sucede en el caso de los enfermos de cáncer la "homogeneidad" de respuesta referida a problemas de ansiedad, problemas de depresión y "cambio de carácter", problemas laborales y económicos, así, como problemas derivados del régimen de medicación y el pronóstico de su enfermedad, siendo el grupo con mayor volumen de homogeneidad de respuestas en este apartado que estamos comentando.

De estos resultados se extraen dos conclusiones principales. Por un lado, que los no enfermos se diferencian claramente de los grupos de enfermos señalando como más importantes los problemas familiares, económicos, de ansiedad o depresivos, mientras que los enfermos señalan como más importante la enfermedad. Por otro lado, parece ser el grupo de cáncer el más preocupado por la medicación y por su enfermedad de cara al futuro.

### 7.2.7. CONCLUSIONES

Todos estos resultados nos sugieren algunas reflexiones sobre la evaluación de la calidad de vida. Por un lado, nos hace recapacitar sobre los acercamientos que definen y evalúan calidad de vida desde el punto de vista de déficit o de incapacitación. Estos resultados parecen ser más complejos y difícilmente explicables desde esta visión, puesto que si bien en determinados aspectos los enfermos presentan déficits, en otros parecen encontrarse subjetivamente mejor que los no enfermos. Efectivamente comprobamos que son los no enfermos los que más se quejan de sufrir problemas familiares, los que dicen sentirse más insatisfechos con sus trabajos respectivos o con la asistencia sanitaria, o señalan más pérdidas en ocio y diversión.

Sin embargo, si nos fijamos, por ejemplo, en los datos sobre abandono forzoso del trabajo habitual o movilidad en el mismo, parecen ser los grupos de enfermos los más afectados. Esto va unido a que en el capítulo de pérdidas los enfermos señalen sentir más la pérdida del trabajo o el estudio, mientras que los

**CUADRO 7.23. - PROBLEMAS MÁS IMPORTANTES**

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS

VARIABLE	DIALISIS N=67		HIPERT. N=95		NEFRO. N=66		TRASPL. N=34		CANCER N=112		DIABET. N=77		NO ENF. N=347	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Problemas familiares	.18	.63	.20	.72	.15	.56	.09	.38	.24	.69	.18	.57	.64	1.02
Problemas sexuales	.01	.12	.00	.00	.00	.00	.06	.34	.01	.09	.04	.25	.03	.22
Problemas de ansiedad, nerviosismo	.03	.24	.17	.58	.11	.43	.12	.48	.05	.32	.05	.32	.37	.82
Problemas depresivos, angustia, cambio carácter	.03	.24	.13	.51	.08	.40	.00	.00	.08	.38	.08	.35	.25	.72
Problemas laborales	.25	.66	.22	.61	.12	.45	.15	.50	.26	.64	.10	.42	.36	.73
Problemas económicos	.07	.44	.11	.45	.17	.51	.29	.72	.18	.52	.04	.25	.47	.78
Enfermedad o sus consecuencias físicas	1.58	1.16	1.08	1.07	1.42	1.20	1.24	1.02	1.18	1.14	1.44	1.05	.80	1.08
Medicación	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.16	.51	.05	.32	.01	.11
Régimen de vida, alimenticio	.27	.81	.06	.35	.05	.27	.03	.17	.14	.54	.09	.46	.08	.39
Preocupación por la enfermedad en el futuro	.25	.77	.05	.31	.09	.38	.26	.79	.36	.79	.06	.33	.05	.29
Otros	.12	.48	.11	.47	.03	.25	.18	.52	.34	.78	.37	.84	.37	.77

## SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS

VARIABLE	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9	5-9
Problemas familiares						***					***				***			***		***	***
Problemas sexuales															*						
Ansiedad, nerviosismo	*					***					**				***			**		***	***
Depresión, angustia, cambio carácter						***	*								**	*		***		***	***
Problemas laborales															***			*	*		***
Problemas económicos						***				***	***				***		*	*	*	***	***
Enfermedad o sus consecuencias físicas	**			*		***			*	*	***				***					***	***
Medicación				***				***					***		***					**	
Régimen de vida, alimenticio	*	*	*													*					
Preocupación por la enfermedad en el futuro	*					*		***					**						***	***	
Otros				*	*	***		**	**	***	***	***	***	***	***						

**NOTA:**

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos.

1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos.

2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos.

3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos.

4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p&lt;0.05; \*\*=p&lt;0.01;\*\*\*=p&lt;0.001.

no enfermos echan en falta otro tipo de actividades más "lúdicas"; pese a lo cual, al señalar el tipo de actividades que realizan en su tiempo de ocio (fines de semana, vacaciones, tiempo libre) también se aprecian diferencias entre enfermos y no enfermos, predominando un cierto sedentarismo, apatía y sentimiento de rutina en los segundos. Esta aparente contradicción podemos relacionarla con el último apartado, en el que se indagaba por la problemática más grave que se sufría. Como hemos visto, mientras los no enfermos señalan una amplia gama de problemas, todos los grupos de enfermos parecen centrar su atención en la enfermedad como problema fundamental.

Resultan interesantes, asimismo, las respuestas dadas en el área de valoración de los servicios sanitarios, puesto que son precisamente aquellos que menos los utilizan los que se muestran más descontentos y exigentes que los que tienen que hacer uso de ellos frecuentemente. Igualmente llama la atención que sean, en general, los no enfermos los que le dan más valor al consejo o apoyo de los demás, mientras que los enfermos consultan menos sus problemas de salud con otras personas y, en todo caso, consideran necesarias las asociaciones de enfermos para buscar información, lo cual sólo confirma parcialmente la hipótesis II.b. Esto nos podría indicar que hay un cambio de visión al pasar de no enfermo a un nuevo estado que implica el hecho de padecer una enfermedad crónica.

Por último, también hemos podido constatar que, si bien, tal como habíamos predicho en la hipótesis II.a., aparecen más diferencias entre enfermos y no enfermos que entre los distintos grupos diagnósticos entre sí, es evidente que no todos los grupos de enfermos se comportan de la misma manera. Hay algunos grupos que parecen más castigados por su enfermedad en el área física (síntomatología, restricciones), de relaciones sexuales o de pérdida de relaciones sociales, como son los casos de los grupos de cáncer y, especialmente, de diálisis. Mientras, en el otro lado del continuo, se situaría el grupo de trasplante, que parece apreciar notablemente la diferencia que supone pasar de ser un enfermo sometido a diálisis a ser trasplantado renal. Este aspecto lo podremos confirmar en el apartado 7.3.2.

De hecho, como hemos ido comentando y predecíamos en la hipótesis II.c., parece que los distintos grupos funcionan de manera un tanto particular. Por un lado, tenemos dos grupos con una grave enfermedad y clara amenaza de muerte. Especialmente el grupo de diálisis, ve afectado su forma de vida por la enfermedad, lo que hace que sienta especialmente lo que ésta ha influido en su vida (por ejemplo, en cuanto a sus relaciones sexuales, pérdida de trabajo, régimen de vida y alimenticio) y no aprecie como problemáticas otras situaciones que a los no enfermos sí les parecen (problemas laborales, familiares, etc.). En el caso de cáncer, tiene un peso específico muy importante la amenaza de muerte que se asocia con esta dolencia, lo que puede estar afectando las quejas que este grupo presenta, y el hecho de que acepte y se "fíe" de la asistencia médica o evite reunirse con otros enfermos de su misma dolencia. Por contra, el grupo de trasplante, claramente se percibe ya como "recuperado" de una grave dolencia, con lo que, en general, presenta una mayor aceptación de todo lo que pasa en su

vida. El grupo de hipertensión representa la incomodidad con un estereotipo que no comparte y es el de "ser enfermo", aunque en algunas áreas sus respuestas le asemejan más con éstos que con los no enfermos. Pero efectivamente, ni comparte una sintomatología grave, ni la enfermedad repercute de manera apreciable en su vida. Igualmente diabetes también presenta una situación parecida, aunque en su caso hay que tomar los datos siempre con cuidado puesto que es el grupo más joven y esto puede influir en sus respuestas. Por último, el grupo de nefropatías parece un tanto desdibujado, lo cual no es extraño puesto que este grupo se caracteriza por ser bastante heterogéneo, tal como se comentó al presentar la muestra.



### 7.3. CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DEL INSTRUMENTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

#### 7.3.1. DIFERENCIACIÓN MULTIVARIADA ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS SOBRE CALIDAD DE VIDA

Nos planteamos aquí la comprobación de la relevancia de los factores de calidad de vida a la hora de discriminar entre enfermos y no enfermos y entre los distintos grupos diagnósticos entre sí. Esto nos confirmaría que, efectivamente, las personas que sufren dolencias crónicas presentan diferencias apreciables en calidad de vida comparadas con la población no enferma, tal como se hipotetizaba.

Para comprobarlo se llevó a cabo, en primer lugar, un análisis discriminante por el método de inclusión por pasos con la V de Rao, entre enfermos y no enfermos, sobre los factores de segundo orden de calidad de vida (tomaremos los factores de segundo orden obtenidos con toda la muestra conjuntamente). Los resultados aparecen en el cuadro 7.24. Como se puede ver, la función resulta significativa y con una correlación canónica alta (.73), estando definida por seis factores. En el 1 (*Necesidad de más personal sanitario, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen*) y el 9 (*No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias y antes de ir al médico consulta con otras personas, especialmente familiares*), los no enfermos presentan puntuaciones superiores. Mientras que en el 3 (*Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente*), en el 5 (*Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos*), en el 6 (*Actividades aire libre en juventud y en vacaciones con cambio de rutina*), y en el 7 (*Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral no realizando su actividad habitual*), ocurre al revés, siendo los enfermos los que puntúan más.

Los porcentajes de clasificaciones correctas son bastante altos tanto para enfermos como para no enfermos (87.2% y 83.3% respectivamente), por lo que desde estos datos podemos concluir que, efectivamente, los dos grupos se diferencian significativamente en estos factores de calidad de vida, de manera que se pueden clasificar correctamente más del 80% de las personas que constituyen la muestra, sólo en base a estas variables.

En segundo lugar se procedió a realizar otro análisis discriminante pero, en este caso, entre los distintos grupos de enfermos y no enfermos entre sí. Dicho análisis aparece en el cuadro 7.25. El método fue igualmente de inclusión por pasos V de Rao, mediante el que se obtuvieron cuatro funciones discriminantes de las que dos eran significativas y con correlaciones canónicas de .74 y .36 respectivamente. Los factores que entraron en la función de forma estadísticamente significativa fueron: 1 (*Necesidad de más personal sanitario,*

**CUADRO 7.24.- DISCRIMINANTE ENTRE ENFERMOS Y NO ENFERMOS SOBRE LOS FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA (CON LA SOLUCIÓN FACTORIAL CONJUNTA)**

TABLA RESUMEN DE PASOS							
PASO	FACTOR	LAMBDA	SIGNIF.	V DE RAO	SIGNIF.	CAMBIO EN V	SIGNIF.
1	F2CALI1	.645	.0000	205.3	.0000	205.3	.0000
2	F2CALI3	.508	.0000	360.8	.0000	155.5	.0000
3	F2CALI9	.490	.0000	387.7	.0000	26.89	.0000
4	F2CALI7	.476	.0000	411.0	.0000	23.25	.0000
5	F2CALI5	.465	.0000	428.8	.0000	17.79	.0000
6	F2CALI6	.459	.0000	438.8	.0000	10.02	.0015

FUNCIÓN DISCRIMINANTE								
Func.	Valor Propio	% de varianza	Correlación canónica	Desp.	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	GL	Sig.
				0	.459478	287.736	6	.0000
1	1.1764	100.0	.7352					

COEFICIENTES TIPIFICADOS		ENFERMOS		NO ENFERMOS	
FACTOR	VALOR	X	DT	X	DT
F2CALI1	-.70	5.35	1.78	7.92	1.63
F2CALI3	.61	6.37	1.41	4.46	1.67
F2CALI5	.20	9.95	2.02	8.94	2.46
F2CALI6	.15	1.51	.92	1.47	.81
F2CALI7	.22	4.07	1.61	3.58	1.65
F2CALI9	-.28	1.48	.98	2.22	.97

GRUPOS CENTROIDES	
ENFERMOS	.92
NO ENFERM.	-1.27

PREDICCIÓN DE RESULTADOS					
GRUPO DE PERTENENCIA		GRUPO PREDICHO			
		ENFERMOS		NO ENFERMOS	
GRUPO	N	N	%	N	%
ENFERMOS	243	212	<b>87.2</b>	31	12.8
NO ENFERMOS	168	28	16.7	140	<b>83.3</b>
PORCENTAJE DE CLASIFICACIONES CORRECTAS:				<b>85.64%</b>	

**NOTA:**

Se ha omitido el cero decimal y la coma ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación típica.

F2CALI1= Necesidad de más personal sanitario, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen; F2CALI3= Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente; F2CALI5= Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos; F2CALI6= Actividades aire libre en juventud y en vacaciones (cambio de rutina); F2CALI7= Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral (no realiza su actividad habitual); F2CALI9= No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias, y antes de ir al médico consulta con otras personas (especialmente familiares).

**CUADRO 7.25.- DISCRIMINANTE ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMOS Y NO ENFERMOS SOBRE LOS FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA (CON LA SOLUCIÓN FACTORIAL CONJUNTA)**

TABLA RESUMEN DE PASOS							
PASO	FACTOR	LAMBDA	SIGNIF.	V DE RAO	SIGNIF.	CAMBIO EN V	SIGNIF.
1	F2CALI1	.579	.0000	267.3	.0000	267.3	.0000
2	F2CALI3	.438	.0000	444.0	.0000	176.7	.0000
3	F2CALI7	.404	.0000	490.2	.0000	46.21	.0000
4	F2CALI2	.376	.0000	521.2	.0000	30.99	.0000

FUNCIÓN DISCRIMINANTE								
Func.	Valor Propio	% de varianza	Correlación canónica	Desp.	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	GL	Sig.
				0	.375776	360.674	24	.0000
1	1.2273	86.65	.7423	1	.836953	65.588	15	.0000
2	.1530	10.80	.3642	2				

COEFICIENTES TIPIFICADOS		
FACTOR	FUNCIÓN 1	FUNCIÓN 2
F2CALI1	-.78	.49
F2CALI2	.09	.65
F2CALI3	.63	.37
F2CALI7	.25	.40

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS COEFICIENTES TIPIFICADOS???????																		
COEFICIENTES TIPIFICADOS					DIALIS.		HIPER.		NEFR.		TRAS.		CANC.		DIABE.		NO EN.	
FACTOR	FC.1	FC.2	FC.3	FC.4	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
F2CALI1	-.75				4.7	1.8	4.7	1.5	5.2	1.9	4.6	1.7	6.3	1.5	6.0	1.9	7.9	1.6
F2CALI6	-.11				1.4	.87	1.7	1.0	1.5	.98	1.5	1.0	1.5	.90	1.5	.69	1.5	.81
F2CALI9	-.07				1.3	.92	1.6	1.1	1.6	.93	1.5	1.0	1.4	.98	1.7	.99	2.2	.97
F2CALI2		.67			7.6	2.4	4.9	1.9	5.6	2.7	6.4	1.7	6.4	2.3	5.8	2.3	5.6	2.2
F2CALI8		.07			1.9	1.2	2.3	1.1	2.1	1.3	2.0	1.1	2.5	1.1	1.8	.72	2.4	.95
F2CALI3			.71		6.8	1.2	5.8	1.5	6.1	1.4	7.1	1.1	6.4	1.4	6.7	1.2	4.5	1.7
F2CALI5			-.80		10	2.0	9.5	1.9	10	1.9	10	1.9	9.5	2.1	11	1.9	8.9	2.5
F2CALI4			-.06		5.1	1.9	4.8	1.6	4.9	2.1	5.1	2.2	4.5	1.8	4.8	1.6	5.0	2.0
F2CALI7				.83	4.6	1.5	3.4	1.3	4.0	1.7	4.6	1.6	4.3	1.7	3.5	1.5	3.6	1.7

GRUPOS CENTROIDES		
GRUPO	FUNC. 1	FUNC. 2
DIALISIS	1.53	.46
HIPERTEN.	.80	-.85
NEFROP.	.81	-.27
TRASPL.	1.65	.12
CANCER	.50	.41
DIABETES	.62	-.01
NO ENF.	-1.23	.02

PREDICCIÓN DE RESULTADOS															
GRUPO DE PERTENENCIA		GRUPO PREDICHO													
		DIALISIS		HIPERT.		NEFRO.		TRASPL.		CANCER		DIABET.		NO ENF.	
GRUPO	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DIALISIS	38	18	47.4	4	10.5	1	2.6	7	18.4	5	13.2	3	7.9	0	0.0
HIPERT.	56	4	7.1	31	55.4	1	1.8	5	8.9	3	5.4	11	19.6	1	1.8
NEFRO.	29	4	13.8	9	31.0	1	3.4	3	10.3	3	10.3	6	20.7	3	10.3
TRASPL.	24	4	16.7	6	15.0	0	0.0	8	33.3	2	8.3	3	12.5	1	4.2
CANCER	66	10	15.2	7	10.6	2	3.0	4	6.1	18	27.3	13	19.7	12	18.2
DIABET.	21	2	9.5	5	23.8	2	9.5	3	14.3	2	9.5	5	23.8	2	9.5
NO ENF.	162	1	0.6	12	7.4	2	1.2	1	0.6	14	8.6	13	8.0	119	73.5
PORCENTAJE DE CLASIFICACIONES CORRECTAS:								50.51%							

**NOTA:**

Se ha omitido el cero decimal y la coma ha sido sustituida por un punto. X= Media; DT= Desviación típica.

F2CALI1= Necesidad de más personal, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen; F2CALI2= Incapacidad para hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, mayor dificultad para conocer gente; F2CALI3= Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente; F2CALI7= Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral (no realiza su actividad habitual).

*pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen), 2 (No puede hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, y mayor dificultad para conocer gente), 3 (Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente) y 7 (Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral y no realiza su actividad habitual).*

En cuanto a los porcentajes de clasificaciones correctas el total es bastante elevado (50.51%) teniendo en cuenta que se trata de siete grupos, por lo que el azar estaría en torno al 14%. Pero los porcentajes para cada uno de los grupos presentan alguna peculiaridad que es interesante comentar. En primer lugar, hay que destacar el alto porcentaje de casos bien clasificados para el grupo de no enfermos (73.5%) muy superior a los del resto. Por otro lado, hay dos grupos en que ocurre todo lo contrario. En el caso de nefropatías, este grupo se clasifica pésimamente dentro de su propia categoría (3.4%), mientras que lo hace con porcentajes relativamente altos dentro de hipertensión (31%) y de diabetes (20.7%). El otro grupo es el de diabetes que, aunque no se clasifica del todo mal en su propio grupo (23.8%) obtiene el mismo porcentaje de clasificaciones correctas para el de hipertensión.

De estos resultados se pueden extraer algunas apreciaciones interesantes. Por un lado, que estos factores discriminan claramente entre enfermos y no enfermos, y aún contando con varios grupos de enfermedad distintos, los no enfermos siguen diferenciándose claramente de todos los enfermos, lo que confirma la hipótesis II.a. Por otro lado, dentro de los grupos de enfermedad, se aprecian comportamientos diferenciados. Mientras algunos grupos se clasifican claramente (diálisis, hipertensión) otros presentan límites más difusos (nefropatías, diabetes). Esto nos lleva a concluir, al menos tentativamente, que parece claro que los enfermos crónicos presentan, en bloque, diferencias significativas con respecto a los no enfermos, y que dentro de los distintos grupos de enfermos habría que analizar, además del diagnóstico principal, otro tipo de características que pueden estar afectando los resultados.

### **7.3.2. DIFERENCIACIÓN MULTIVARIADA SOBRE CALIDAD DE VIDA ENTRE GRUPOS FORMADOS EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL DIAGNÓSTICO**

En vista de los resultados de los anteriores análisis discriminantes, parecía interesante incluir una variable que pudiera estar influyendo en estos resultados como es, la gravedad de la enfermedad, o más concretamente, la amenaza de muerte y la agresividad de los tratamientos que cada enfermedad presenta (hipótesis II.d.). Según esto, la muestra ha quedado constituida por tres grupos, que ordenados de mayor a menor gravedad (entendida ésta como acabamos de mencionar) serían: diálisis y cáncer; diabetes, nefropatías, hipertensión y trasplante; y no enfermos.

---

Con estos tres grupos se procedió a realizar otro análisis discriminante siguiendo el mismo método que en los anteriores. Los resultados aparecen en el cuadro 7.26. Se han aislado dos funciones discriminantes, ambas estadísticamente significativas, y con correlaciones canónicas de .73 y .32 respectivamente. Los factores que forman estas funciones son: 1 (*Necesidad de más personal sanitario, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen*), 2 (*No puede hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, y mayor dificultad para conocer gente*), 3 (*Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente*), 5 (*Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos*), 7 (*Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral y no realiza su actividad habitual*) y 9 (*No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias y antes de ir al médico consulta con otras personas, especialmente familiares*).

Los porcentajes de clasificación son de nuevo altos, siendo otra vez el grupo de no enfermos el que se clasifica de manera más clara (83.5%). En cuanto a los dos de enfermos, también aparecen bien clasificados (67.3% diálisis y cáncer y 60.5% diabetes, nefropatías, hipertensión y trasplante), por lo que parece que la gravedad de la enfermedad, entendida aquí como amenaza de muerte y tratamientos más agresivos, es una variable que va a influir en la calidad de vida de vida de los enfermos, tal como se predecía en la hipótesis II.d.

Teniendo en cuenta las medias vemos que el patrón de diferencias entre los grupos para cada factor es diferente. Así, en los factores 3 (*Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente*) y 7 (*Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral no realizando su actividad habitual*) la puntuación aumenta cuanto más grave es la enfermedad, mientras que en el 9 (*No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias y antes de ir al médico consulta con otras personas especialmente familiares*) ocurre al contrario. En el factor 1 (*Necesidad de más personal sanitario, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen*), el grupo más grave obtiene la puntuación intermedia, puntuando más que diabetes, nefropatías, hipertensión y trasplante pero menos que no enfermos. En el 2 (*No puede hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, y mayor dificultad para conocer gente*), se unen los dos grupos menos graves puntuando menos que diálisis y cáncer, mientras que en el 5 (*Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos*), los grupos de enfermos puntúan más que no enfermos.

**CUADRO 7.26.- DISCRIMINANTE ENTRE TRES GRUPOS EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL DIAGNÓSTICO (DIÁLISIS-CÁNCER, DIABETES-NEFROPATÍAS-HIPERTENSIÓN-TRASPLANTE, Y NO ENFERMOS) SOBRE LOS FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA (CON LA SOLUCIÓN FACTORIAL CONJUNTA)**

TABLA RESUMEN DE PASOS							
PASO	FACTOR	LAMBDA	SIGNIF.	V DE RAO	SIGNIF.	CAMBIO EN V	SIGNIF.
1	F2CALI01	.630	.0000	218.82	.0000	218.82	.0000
2	F2CALI03	.494	.0000	372.64	.0000	153.82	.0000
3	F2CALI09	.471	.0000	402.65	.0000	30.03	.0000
4	F2CALI07	.446	.0000	435.07	.0000	32.40	.0000
5	F2CALI05	.436	.0000	434.65	.0000	16.97	.0001
6	F2CALI02	.417	.0000	470.88	.0000	17.91	.0001

FUNCIÓN DISCRIMINANTE								
Func.	Valor Propio	% de varianza	Correlación canónica	Desp.	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	GL	Sig.
				0	.416788	323.378	12	.0000
1	1.1497	90.83	.7313	1	.895964	40.592	5	.0000
2	.1161	9.17	.3225					

COEFICIENTES TIPIFICADOS		
FACTOR	FUNCIÓN 1	FUNCIÓN 2
F2CALI01	-.69	.49
F2CALI02	-.001	.66
F2CALI03	.59	.21
F2CALI05	.20	-.13
F2CALI07	.23	.39
F2CALI09	-.27	-.37

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS COEFICIENTES TIPIFICADOS								
COEFICIENTES TIPIFICADOS			DIÁLISIS-CÁNCER		DIAB-NEF-HIP-TR		NO ENFERMOS	
FACTOR	FUNC. 1	FUNC. 2	X	DT	X	DT	X	DT
F2CALI01	-.70		5.72	1.78	5.03	1.73	7.92	1.63
F2CALI03	.58		6.52	1.37	6.24	1.44	4.46	1.67
F2CALI09	-.35		1.35	.95	1.60	.99	2.22	.97
F2CALI05	.21		9.88	2.08	10.0	1.98	8.94	2.46
F2CALI06	-.13		1.44	.89	1.57	.94	1.47	.81
F2CALI04	-.04		4.68	1.85	4.88	1.82	5.04	2.00
F2CALI02		.67	6.81	2.38	5.47	2.21	5.60	2.23
F2CALI07		.46	4.43	1.61	3.78	1.54	3.58	1.65
F2CALI08		.02	2.30	1.18	2.11	1.10	2.36	.95

GRUPOS CENTROIDES		
	FUNC. 1	FUNC. 2
DIÁLIS-CÁNCER	.90	.48
DIAB-NEF-HIP-TR	.92	-.41
NO ENFERMOS	-1.25	-.004

PREDICCIÓN DE RESULTADOS							
GRUPO DE PERTENENCIA		GRUPO PREDICHO					
		DIÁLIS.-CÁNCER		DIAB-NEF-HIP-TR		NO ENFERMOS	
GRUPO	N	N	%	N	%	N	%
DIÁLISIS-CÁNCER	101	68	<b>67.3</b>	23	22.8	10	9.9
DIAB-NEF-HIP-TR	119	33	27.7	72	<b>60.5</b>	14	11.8
NO ENFERMOS	158	13	8.2	13	8.2	132	<b>83.5</b>
PORCENTAJE DE CLASIFICACIONES CORRECTAS:					<b>71.96%</b>		

**NOTA:**

Se ha omitido el cero decimal y la coma ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación típica.

F2CALI1= Necesidad de más personal, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen; F2CALI2= Incapacidad para hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, mayor dificultad para conocer gente; F2CALI3= Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente; F2CALI5= Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos; F2CALI7= Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral (no realiza su actividad habitual); F2CALI9= No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias, y antes de ir al médico consulta con otras personas (especialmente familiares).



#### 7.4. INFLUENCIA DE PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA SOBRE CALIDAD DE VIDA

Contando con la estructura más sencilla y manejable de calidad de vida que nos ofrecen los análisis factoriales realizados, nos planteamos la comprobación de un núcleo de hipótesis central en nuestro trabajo que se refieren al estudio de las relaciones que estos factores pudieran mantener con dimensiones de personalidad, afrontamiento y sintomatología general.

##### 7.4.1. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE VARIANZA SOBRE CALIDAD DE VIDA CON PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA COMO COVARIADOS

Intentamos descubrir aquí las relaciones entre personalidad, afrontamiento, sintomatología general y calidad de vida, y comprobar así las hipótesis III y IV. Una manera de hacerlo es a través de análisis de varianza multivariado. Con ello vamos a poder constatar si las diferencias existentes entre los distintos grupos en los factores de segundo orden de calidad de vida (con la solución conjunta con enfermos y no enfermos) se mantienen cuando se incluyen como covariados variables de personalidad y afrontamiento, o si, por el contrario, se anulan, lo que significaría que dichas variables tienen un efecto directo sobre las diferencias apreciadas entre los grupos, en ese factor.

En primer lugar se realizaron análisis entre los enfermos frente a los no enfermos (cuadro 7.27.). Como se puede comprobar, sólo se da efecto conjunto de los covariados en el factor 2 (*No puede hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, mayor dificultad para conocer gente*). Analizando cada covariado por separado vemos que en este factor son, sobre todo, los factores *Neuroticismo*, *MOTEX2 (Inhibición ante estrés y ansiedad perturbadora)* y *LOCUS1 (Control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad)* y los dos de sintomatología general los que anulan las diferencias significativas existentes entre los dos grupos, aunque también aparecen *introversión* (con efectos poco importantes) y la interacción de los tres de afrontamiento. En el factor 7 (*Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral no realizando su actividad habitual*) se da efecto conjunto de los dos de sintomatología que anulan la diferencia inicial entre los grupos, aunque por separado no son capaces de hacerlo.

Entre los distintos grupos diagnósticos y los no enfermos no se da efecto de los covariados en ninguno de los factores, manteniéndose las diferencias que aparecían al principio entre los distintos grupos en siete de los nueve factores (cuadro 7.28.). Parece darse un patrón de resultados equiparable al caso anterior.

Estos resultados sugieren que las diferencias en los factores de calidad de vida entre enfermos y no enfermos no son debidos en general a la influencia de los factores evaluados de personalidad. Existen, sin embargo, unos resultados que bien merecen la pena reseñar: 1) en factores de calidad de vida de rango amplio, como el segundo (pérdida de actividades, problemas sexuales y dificultad en

CUADRO 7.27.- ANÁLISIS MULTIVARIADO DE VARIANZA ENTRE ENFERMOS Y NO ENFERMOS SOBRE LOS FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA CON LOS FACTORES DE PERSONALIDAD, SINTOMATOLOGÍA GENERAL Y AFRONTAMIENTO COMO COVARIADOS

		FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	
Sin covariados N=375	47.9 .000	205 .000	4.10 .044	144 .000	1.58 .210	19.0 .000	0.18 .674	8.51 .004	2.13 .145	51.1 .000	
Con covariad. N=307	34.0 .000	13.2 .000	2.92 .089	104 .000	0.03 .871	4.18 .042	1.29 .257	3.96 .047	3.00 .084	39.1 .000	
F2EN1 N= 366	41.3 .000	182 .000	1.99 .159	149 .000	1.44 .230	13.5 .000	0.53 .468	5.56 .019	2.31 .130	51.3 .000	
F2EN2 N= 368	45.4 .000	195 .000	3.54 .061	133 .000	2.23 .136	17.0 .000	0.27 .605	8.35 .004	1.87 .172	48.7 .000	
F2LU1 N= 361	41.5 .000	169 .000	1.70 .193	128 .000	0.38 .536	12.6 .000	1.40 .237	4.13 .043	2.92 .088	44.1 .000	
F2LU2 N= 369	46.3 .000	202 .000	4.80 .029	135 .000	1.51 .220	19.0 .000	0.53 .468	8.90 .003	2.20 .139	48.2 .000	
F2LU3 N= 361	44.0 .000	185 .000	4.76 .030	126 .000	0.82 .366	15.8 .000	0.62 .433	6.75 .010	1.74 .188	50.0 .000	
MOTEX1 N= 369	47.0 .000	202 .000	4.35 .038	138 .000	1.02 .313	18.1 .000	0.04 .839	10.9 .001	2.30 .130	47.3 .000	
MOTEX2 N= 369	47.8 .000	200 .000	2.61 .107	148 .000	1.37 .243	16.6 .000	0.41 .520	7.28 .007	2.69 .102	51.3 .000	
MOTEX3 N= 371	47.4 .000	201 .000	4.83 .029	146 .000	1.52 .219	17.0 .000	0.10 .749	8.17 .004	2.17 .141	50.7 .000	
		FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	
Sin covariados N=375	47.9 .000	205 .000	4.10 .044	144 .000	1.58 .210	19.0 .000	0.18 .674	8.51 .004	2.13 .145	51.1 .000	
Con covariad. N=307	46.7 .000	199 .000	0.00 .990	152 .000	1.13 .289	12.4 .000	0.26 .611	3.52 .062	2.76 .098	47.0 .000	
F2GEN1 N= 375	47.3 .000	201 .000	0.01 .908	155 .000	1.18 .277	12.5 .000	0.20 .657	4.21 .041	3.01 .084	47.5 .000	
F2GEN2 N= 375	45.8 .000	199 .000	0.86 .353	143 .000	1.24 .265	15.4 .000	0.33 .566	4.47 .035	2.04 .154	48.5 .000	
		FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	F p	
Sin covariados N=375	47.9 .000	205 .000	4.10 .044	144 .000	1.58 .210	19.0 .000	0.18 .674	8.51 .004	2.13 .145	51.1 .000	
Con covariad. N=307	31.0 .000	134 .000	0.09 .760	82.7 .000	1.61 .205	7.38 .007	0.01 .936	7.38 .007	1.53 .217	43.0 .000	
F2EA1 N= 357	45.0 .000	198 .000	3.62 .058	130 .000	0.93 .335	19.7 .000	0.13 .719	7.95 .005	2.37 .125	45.5 .000	
F2EA2 N= 365	34.2 .000	148 .000	5.66 .018	92.4 .000	0.02 .901	11.7 .001	0.00 .946	14.1 .000	0.66 .416	42.4 .000	
F2EA3 N= 372	46.8 .000	201 .000	5.89 .016	137 .000	1.90 .169	19.3 .000	0.21 .647	9.09 .003	1.79 .181	51.4 .000	

**NOTA:** Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto. F = ; p= significación de las diferencias; 1= Necesidad de más personal sanitario, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen; 2= Pérdida de actividades en general, insatisfacción sexual, sale menos, y mayor dificultad para conocer gente; 3= Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente; 4= No importancia de la religión, no acude a eventos y visitas familiares en fines de semana, no considera pérdida las actividades domésticas y hobbies, e importancia de actividades deportivas hechas.; 5= Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos; 6= Actividades al aire libre en juventud y en vacaciones (cambio de rutina).; 7= Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral (no realiza su actividad habitual); 8= Gusto por sedentarismo (en tiempo libre y fines de semana) y no por trabajar; 9= No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias, y antes de ir al médico consulta con otras personas (especialmente familiares); F2EN1= introversión ; F2EN2= neuroticismo; F2LU1= Control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad; F2LU2= Factor bipolar: actualismo (no importa futuro) con exculpación en tareas de grupo y exigencia personal en logro de metas; F2LU3= Control externo social generalizado sobre trabajo (modo y resultado) y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales; MOTEX1= Imagen extremada y positiva de uno mismo; MOTEX2= Inhibición ante estrés y ansiedad perturbadora; MOTEX3= Activación ante estrés, sobrecarga y tendencia a la acción; F2GEN1= Ansiedad y depresión; F2GEN2= Problemas circulatorios, estomacales y alteraciones del sueño; F2EA1= Adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal; F2EA2= Negación de gravedad con inculpación a familia; F2EA3= Desesperación e inconformismo.

CUADRO 7.28.- ANÁLISIS MULTIVARIADO DE VARIANZA ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS (INCLUYENDO NO ENFERMOS) SOBRE LOS FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA CON LOS FACTORES DE PERSONALIDAD, SINTOMATOLOGÍA GENERAL (PROBLEMAS GENERICOS) Y AFRONTAMIENTO COMO COVARIADOS

		FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA																			
		1		2		3		4		5		6		7		8		9			
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p		
Sin covariados N=375		11.3	.000	44.6	.000	6.32	.000	27.2	.000	0.80	.568	4.99	.000	0.45	.842	4.51	.000	2.46	.024	9.24	.000
Con covariad. N=307		8.69	.000	31.1	.000	6.03	.000	21.2	.000	0.37	.898	2.90	.009	0.65	.689	3.09	.006	2.21	.042	7.61	.000
F2EN1	N= 366	10.2	.000	41.1	.000	6.12	.000	28.1	.000	0.77	.591	4.20	.000	0.52	.795	3.87	.001	2.40	.028	1.29	.263
F2EN2	N= 368	10.4	.000	43.3	.000	6.13	.000	25.3	.000	0.90	.495	4.68	.000	0.47	.830	4.26	.000	2.32	.033	1.31	.252
F2NLU1	N= 361	9.50	.000	38.3	.000	5.59	.000	24.8	.000	0.80	.572	3.87	.001	0.56	.764	3.52	.002	2.42	.027	1.26	.275
F2NLU2	N= 369	10.5	.000	44.1	.000	6.44	.000	25.5	.000	0.79	.580	5.14	.000	0.45	.845	4.61	.000	2.41	.027	0.99	.429
F2NLU3	N= 361	10.0	.000	41.0	.000	6.10	.000	24.5	.000	0.68	.662	4.51	.000	0.68	.666	4.22	.000	2.31	.033	1.06	.385
MOTEX1	N= 369	10.6	.000	44.0	.000	6.16	.000	26.2	.000	0.65	.693	4.79	.000	0.42	.862	4.64	.000	2.70	.014	1.05	.393
MOTEX2	N= 369	10.6	.000	43.7	.000	5.94	.000	28.0	.000	0.73	.625	4.72	.000	0.46	.841	3.99	.001	2.40	.028	1.33	.243
MOTEX3	N= 371	10.7	.000	43.7	.000	6.59	.000	27.6	.000	0.78	.587	4.60	.000	0.45	.844	4.42	.000	2.49	.023	1.04	.399
		FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA																			
		1		2		3		4		5		6		7		8		9			
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p		
Sin covariados N=375		11.3	.000	44.6	.000	6.32	.000	27.2	.000	0.80	.568	4.99	.000	0.45	.842	4.51	.000	2.46	.024	9.24	.000
Con covariad. N=307		11.0	.000	43.4	.000	5.44	.000	28.8	.000	0.79	.605	3.79	.001	0.45	.844	3.66	.002	2.49	.023	8.55	.000
F2GEN01	N= 375	11.1	.000	43.8	.000	5.57	.000	29.3	.000	0.74	.615	3.80	.001	0.45	.843	3.64	.002	2.63	.016	8.62	.000
F2GEN02	N= 375	10.9	.000	43.4	.000	5.20	.000	27.1	.000	0.78	.583	4.14	.000	0.46	.839	3.89	.001	2.45	.025	8.80	.000
		FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA																			
		1		2		3		4		5		6		7		8		9			
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p		
Sin covariados N=375		11.3	.000	44.6	.000	6.32	.000	27.2	.000	0.80	.568	4.99	.000	0.45	.842	4.51	.000	2.46	.024	9.24	.000
Con covariad. N=307		8.14	.000	37.2	.000	3.08	.006	17.5	.000	1.23	.290	3.00	.007	0.64	.699	3.54	.002	2.30	.034	8.20	.000
F2EA1	N= 357	10.7	.000	43.4	.000	6.03	.000	25.0	.000	0.72	.632	5.24	.000	0.42	.868	4.16	.000	2.39	.028	8.26	.000
F2EA2	N= 365	9.01	.000	34.2	.000	6.88	.000	18.6	.000	0.75	.609	3.77	.001	0.57	.757	5.60	.000	2.14	.048	7.88	.000
F2EA3	N= 372	10.9	.000	44.2	.000	4.58	.000	26.5	.000	0.84	.536	4.93	.000	0.48	.826	3.61	.002	2.49	.023	9.36	.000

**NOTA:** Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto. F= ; p= significación de las diferencias; 1= Necesidad de más personal sanitario, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen; 2= Pérdida de actividades en general, insatisfacción sexual, sale menos, y mayor dificultad para conocer gente; 3= Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente; 4= No importancia de la religión, no acude a eventos y visitas familiares en fines de semana, no considera pérdida las actividades domésticas y hobbies, e importancia de actividades deportivas hechas.; 5= Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos; 6= Actividades al aire libre en juventud y en vacaciones (cambio de rutina).; 7= Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral (no realiza su actividad habitual); 8= Gusto por sedentarismo (en tiempo libre y fines de semana) y no por trabajar; 9= No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias, y antes de ir al médico consulta con otras personas (especialmente familiares); F2EN1= introversión ; F2EN2= neuroticismo; F2LU1= Control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad; F2LU2= Factor bipolar: actualismo (no importa futuro) con exculpación en tareas de grupo y exigencia personal en logro de metas; F2LU3= Control externo social generalizado sobre trabajo (modo y resultado) y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales; MOTEX1= Imagen extremada y positiva de uno mismo; MOTEX2= Inhibición ante estrés y ansiedad perturbadora; MOTEX3= Activación ante estrés, sobrecarga y tendencia a la acción; F2GEN1= Ansiedad y depresión; F2GEN2= Problemas circulatorios, estomacales y alteraciones del sueño; F2EA1= Adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal; F2EA2= Negación de gravedad con inculpación a familia; F2EA3= Desesperación e inconformismo.

conocer personas) el espectro de neuroticismo ansiedad desempeña un papel decisivo, de modo que si se controla este último conjunto de factores, desaparecen las diferencias; 2) existen tres factores en los que no existen diferencias entre los grupos, ni parecen desempeñar papel alguno los covariados; son la importancia atribuida a la religión, las actividades al aire libre y la preferencia por un estilo de vida sedentario; 3) se detectan efectos específicos en el factor séptimo que se refiere a relaciones laborales, de los factores motivacionales que se refieren a este mundo. De todos los factores de personalidad, parece que el espectro que cubre ansiedad y depresión es el que posee mayor importancia, y 4) al introducir los factores de personalidad, las diferencias en el factor noveno, referido a las condiciones de los servicios de cuidado de salud desaparecen, lo que sugiere un impacto de la personalidad en la percepción de la prestación de servicios sanitarios. Podríamos concluir, recapitulando lo expuesto en las hipótesis III y IV, que si bien parecen darse relaciones entre los factores de calidad de vida y los de personalidad y afrontamiento, éstos no invalidan la capacidad discriminativa de los primeros.

#### 7.4.2. SOLUCIÓN FACTORIAL DE TERCER ORDEN SOBRE CALIDAD DE VIDA JUNTO A PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA

Una manera de confirmar esta relación que los factores de personalidad tienen con calidad de vida, es realizando un análisis factorial de ambos conjuntamente. Se realizó por el método de componentes principales y con rotación varimax. Se incluyeron en el análisis los factores de segundo orden de calidad de vida, temperamentales (extraversión y neuroticismo), de personalidad de consolidación intermedia (motivación extrema y locus de control), de afrontamiento y los de sintomatología general que se habían factorizado independientemente del resto de áreas de calidad de vida.

Se siguió la misma estrategia que en los factoriales anteriores, realizando por separado para enfermos y para no enfermos. Para los primeros se obtienen unos índices de idoneidad bastante buenos (Determinante = .0021; KMO = .75 y significación muy alta de la prueba de Bartlett = .00006). Tal como se aprecia en la matriz de correlaciones que aparece en el cuadro 7.29., no parece haber relaciones muy significativas entre los factores de calidad de vida y los de personalidad.

Se obtuvieron 7 factores que explican el 58,7% de la varianza. Como se puede apreciar en el cuadro 7.30., los factores de calidad de vida no tienden a agruparse con los de personalidad, ya que de los ocho sólo dos aparecen junto a factores de calidad de vida: *Neuroticismo*, e *Inhibición ante estrés y ansiedad perturbadora* (del cuestionario MOTEX). Sin embargo no ocurre lo mismo con afrontamiento y sintomatología. Los dos factores de sintomatología genérica (*Ansiedad y depresión*, y *Problemas circulatorios y digestivos con alteraciones del sueño*) y dos de afrontamiento (*Desesperación e inconformismo*, y *Negación de gravedad con inculpación a familia*) aparecen junto a calidad de vida en dos factores de tercer orden.

A los factores de tercer orden se les ha denominado:

1. *Locus de control bipolar con adaptación a la enfermedad*, formado por los tres factores de locus de control y uno de afrontamiento. Explica el 19.2% de la varianza y tiene una consistencia interna bastante alta (.93).

2. *Sintomatología e importancia de la enfermedad, sedentarismo y rutina, insatisfacción sexual, desesperación e inconformismo y neuroticismo*. Explica el 11% de la varianza, su alfa es de .91, y está compuesto por neuroticismo, un factor de afrontamiento, dos de sintomatología y tres de calidad de vida.

3. *Extraversión con autoconcepto positivo extremo*. Explica el 6.7% de la varianza, tiene un alfa de Cronbach de .84 y está compuesto por dos factores de motivación e introversión.

4. *Visitas familiares, gusto por actividades extrafamiliares y al aire libre, y negación de gravedad con inculpación a familia*, formado por un factor de afrontamiento y otro de calidad de vida. Tiene una consistencia de .72 y explica el 6.4% de la varianza.





CUADRO 7.30.- FACTORIAL DE TERCER ORDEN SOLO PARA ENFERMOS SOBRE FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA, PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y PROBLEMAS GENÉRICOS (N enfermos= 199)

F3ENF1: Locus de control bipolar con adaptación a la enfermedad

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2NEA1: Adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal	.52	.63
F2NLU1: Control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad	.75	.63
F2NLU2: Factor bipolar: actualismo (no importa futuro) con exculpación en tareas de grupo y exigencia personal en logro de metas	.75	.67
F2NLU3: Control externo social generalizado sobre trabajo (modo y resultado) y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales	-.69	.54
Valor propio total	4.41	
% de varianza explicada	19.2	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.87	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	19.6	
Alfa de Cronbach	.93	

F3ENF2: Sintomatología e importancia de la enfermedad, sedentarismo y rutina, insatisfacción sexual, desesperación e inconformismo y neuroticismo

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2EN1: Neuroticismo	.50	.69
F2NEA3: Desesperación e inconformismo	.56	.75
F2GEN1: Ansiedad y depresión	.73	.68
F2GEN2: Problemas circulatorios y digestivos con alteraciones del sueño	.77	.61
F2ENF1: Importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales, insatisfacción sexual y necesidad de humanización y mejoras estructurales en sanidad	.57	.46
F2ENF4: Sedentarismo (en vacaciones, fines de semana y juventud), menos salidas, y pérdida de actividades sociales extrafamiliares y al aire libre	.60	.49
F2ENF7: En vacaciones no viaja, sigue la rutina diaria, problemas económicos que considera importantes y no realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana	.43	.36
Valor propio total	2.52	
% de varianza explicada	11.0	
Valor propio (sólo items que saturan)	2.56	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	26.9	
Alfa de Cronbach	.91	



## F3ENF3: Extraversión con autoconcepto positivo extremo

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2EN2: Introversión	-.80	.65
MOTEX1: Imagen extremada y positiva de uno(a) mismo(a)	.62	.71
MOTEX3: Activación ante estrés, sobrecarga y tendencia a la acción	.66	.54
Valor propio total	1.54	
% de varianza explicada	6.7	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.46	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	15.3	
Alfa de Cronbach	.84	

## F3ENF4: Visitas familiares, gusto por actividades extrafamiliares y al aire libre, y negación de gravedad con inculpación a familia

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2NEA2: Negación de gravedad con inculpación a familia	.56	.54
F2ENF9: Visitas familiares en fines de semana, acudía a eventos (culturales, deportivos,...) en juventud, gusto por actividades al aire libre y sociales extrafamiliares	.72	.59
Valor propio total	1.47	
% de varianza explicada	6.4	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.83	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	8.7	
Alfa de Cronbach	.72	

## F3ENF5: Problemas familiares, no tiene régimen, rechazo de trabajo en tiempo libre, inhibición ante estrés, y ausencia de problemática laboral

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
MOTEX2: Inhibición ante estrés y ansiedad perturbadora	.47	.65
F2ENF3: Realización de actividades sociales extrafamiliares en juventud y problemática laboral (inestabilidad, el trabajo como pérdida, no realiza la actividad habitual)	-.44	.46
F2ENF6: Problemas sexuales (anteriores), problemas familiares, problemas médicos leves, no tiene régimen alimenticio, rechazo trabajo en tiempo libre y gusto por actividades doméstica y hobbies	.74	.60
Valor propio total	1.29	
% de varianza explicada	5.6	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	.96	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	10.1	
Alfa de Cronbach	.58	

F3ENF6: Consulta a amigos problemas de salud, no hay necesidad de asociaciones de enfermos, disminución de relaciones sociales, importancia de actividades deportivas hechas, no realiza actividades al aire libre e importancia de la religión

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2ENF5: No consulta a amigos problemas médicos, bondad de las asociaciones de enfermos (información y apoyo) y aumento de las relaciones sociales	-.72	.63
F2ENF8: Importancia actividades deportivas hechas, no realiza actividades al aire libre en vacaciones e importancia de la religión	.57	.42
Valor propio total	1.18	
% de varianza explicada	5.1	
Valor propio (sólo items que saturan)	.84	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	8.8	
Alfa de Cronbach	.34	

F3ENF7: Realización de actividades al aire libre con disgusto por sedentarismo, consulta problemas de salud y valoración negativa de asistencia sanitaria

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2ENF2: Valoración negativa de la asistencia sanitaria: masificación y necesidad de más y mejor personal	.67	.61
F2ENF10: No realiza actividades al aire libre en fines de semana, gusto por sedentarismo y no consulta a otros sus problemas médicos (especialmente a familiares)	-.74	.61
Valor propio total	1.10	
% de varianza explicada	4.8	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.00	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	10.5	
Alfa de Cronbach	.15	

**NOTA:**

Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
Sat.= saturación; h<sup>2</sup>= comunalidad.

5. *Problemas familiares, no tiene régimen, rechazo de trabajo en tiempo libre, inhibición ante estrés, y ausencia de problemática laboral.* Explica el 5.6% de la varianza, presenta un alfa de Cronbach de .58 y está compuesto por un factor de motivación y dos de calidad de vida.

6. *Consulta a amigos problemas de salud, no hay necesidad de asociaciones de enfermos, disminución de relaciones sociales, importancia de actividades deportivas hechas, no realiza actividades al aire libre e importancia de la religión.* Está formado por dos factores de calidad de vida, explica el 5.1% de la varianza y tiene una baja consistencia interna (.34).

7. *Realización de actividades al aire libre con disgusto por sedentarismo, consulta problemas de salud y valoración negativa de asistencia sanitaria.* Tiene una consistencia bastante baja (.15), está formado por dos factores de calidad de vida y explica el 4.8% de la varianza.

En el caso de los no enfermos los tres índices también son buenos (Determinante=.0004; KMO=.68 y significación de la prueba de Bartlett =.00006) y se obtienen 9 factores que explican el 64,3% de la varianza, observándose más claramente que en el caso anterior la separación entre factores de calidad de vida y el resto, tal como se puede ver también en la matriz de correlaciones (cuadro 7.29.), donde aparecen correlaciones aún menos importantes que en el caso de los enfermos. Efectivamente, en este grupo sólo dos factores de calidad de vida aparecen junto con otros de personalidad, afrontamiento y sintomatología, y esto con saturaciones no demasiado altas como se ve en el cuadro 7.31.<sup>13</sup>

Los nombres de los factores son:

1. *Neuroticismo, inhibición ante estrés, sintomatología general, desesperación e inconformismo, locus externo e introversión, gusto por actividades extrafamiliares, disminución relaciones sociales e insatisfacción sexual.* Está compuesto por los factores temperamentales básicos, uno de locus de control, otro de motivación, los dos de sintomatología, uno de afrontamiento y otro de calidad de vida que presenta la misma saturación en otro factor de tercer orden (por lo que el cuadro aparece en cursiva). Tiene una consistencia interna de .93 y explica el 18.2% de la varianza.

2. *Actualismo con exigencia personal, control interno social, negación gravedad con inculpación a familia, importancia problemas económicos y laborales, relaciones sociales intensas y realiza actividades sociales extrafamiliares.* Consta de dos factores de locus de control, uno de afrontamiento y otro de calidad de vida. Explica el 12.3% de la varianza y tiene un alfa de Cronbach de .82.

<sup>13</sup> En este caso, dado que hay factores que presentan la misma saturación en más de un factor de tercer orden, hemos optado por mantenerlos, puesto que lo que nos interesa es apreciar la relación que mantiene con el resto de los factores, y no supone un artefacto estadístico que puede afectar otros resultados puesto que no se realizarán otro tipo de análisis sobre esta factorización.

CUADRO 7.31.- FACTORIAL DE TERCER ORDEN PARA NO ENFERMOS SOBRE LOS FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA, PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y PROBLEMAS GENÉRICOS (SINTOMATOLOGÍA GENERAL) (N no enfermos= 108)

F3NENF1: Neuroticismo, inhibición ante estrés, sintomatología general, desesperación e inconformismo, locus externo e introversión, gusto por actividades extrafamiliares, disminución relaciones sociales e insatisfacción sexual

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
<b>F2NENF3:</b> Gusto por actividades sociales extrafamiliares, disminución de relaciones sociales, rechazo de sedentarismo en fines de semana, e insatisfacción y problemas sexuales	<b>.37</b>	<b>.65</b>
F2EN1: Neuroticismo	.85	.76
F2EN2: Introversión	.51	.68
F2NLU1: Control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad	.67	7.79
MOTEX2: Inhibición ante estrés y ansiedad perturbadora	.73	.69
F2GEN1: Ansiedad y depresión	.74	.65
F2GEN2: Problemas circulatorios y digestivos con alteraciones del sueño	.64	.52
F2NEA3: Desesperación e inconformismo	.68	.71
Valor propio total	4.37	
% de varianza explicada	18.2	
Valor propio (sólo items que saturan)	3.52	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	29.5	
Alfa de Cronbach	.93	

F3NENF2: Actualismo con exigencia personal, control interno social, negación gravedad con inculpación a familia, importancia problemas económicos y laborales, relaciones sociales intensas y realiza actividades sociales extrafamiliares

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2NENF6: Importancia de la enfermedad y no de los probl. económicos y laborales, no consulta a amigos probl. médicos, relaciones sociales menos intensas que los demás, y no realiza actividades sociales extrafamiliares fines de semana	-.44	.42
F2NLU2: Factor bipolar: actualismo (no importa futuro) con exculpación en tareas de grupo y exigencia personal en logro de metas	.76	.76
F2NLU3: Control externo social generalizado sobre trabajo (modo y resultado) y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales	-.65	.68
F2NEA2: Negación de gravedad con inculpación a familia	.68	.72
Valor propio total	2.94	
% de varianza explicada	12.3	
Valor propio (sólo items que saturan)	1.66	
% de varianza explicada (sólo items que saturan)	13.9	
Alfa de Cronbach	.82	

F3NENF3: Autoconcepto positivo extremo, activación ante estrés y adaptación a la enfermedad

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
MOTEX1: Imagen extremada y positiva de uno(a) mismo(a)	.76	.75
MOTEX3: Activación ante estrés, sobrecarga y tendencia a la acción	.80	.69
F2NEA1: Adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal	.49	.64
Valor propio total	1.78	
% de varianza explicada	7.4	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.46	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	12.2	
Alfa de Cronbach	.87	

F3NENF4: Inestabilidad laboral, realiza actividades domésticas y hobbies, no viaja y tiene problemas económicos

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2NENF1: Inestabilidad laboral, en vacaciones actividades al aire libre y hobbies y no viaja, y tiene problemas económicos	.67	.66
F2NENF5: Pérdida de actividades domésticas y hobbies, irrelevancia actividades deportivas, y visitas familiares los fines de semana	-.68	.70
Valor propio total	1.42	
% de varianza explicada	5.9	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	0.91	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	7.6	
Alfa de Cronbach	.43	

F3NENF5: Pérdida actividades en general, falta humanización en sanidad, búsqueda de información y consejo en problemas de salud y cambio de rutina en vacaciones

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2NENF2: Pérdida actividades en general (especialmente actividades sociales extrafamiliares), ausencia de familiares con problemas mentales, no hay necesidad de más personal sanitario sino de más humanización y gusto por actividades domésticas y hobbies	.72	.65
F2NENF7: Bondad de las asociaciones de enfermos para buscar información, cambio de rutina en vacaciones, y consulta sus problemas médicos (especialmente a familiares)	.71	.73
Valor propio total	1.38	
% de varianza explicada	5.8	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.02	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	8.6	
Alfa de Cronbach	.46	

F3NENF6: Asistencia a eventos y rechazo de sedentarismo, bondad de asociaciones de enfermos, sanidad masificada, actividades sociales extrafamiliares y problemas familiares

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
<b>F2NENF4:</b> Bondad de asociaciones de enfermos (buscar apoyo), necesidad de eliminar masificación en sanidad, realización de actividades sociales extrafamiliares y rechazo de sedentarismo en juventud y problemas familiares	<b>.38</b>	<b>.49</b>
F2NENF10: Asistencia a eventos y actividades aire libre en fines de semana y rechazo sedentarismo en tiempo libre	.89	.82
Valor propio total		1.28
% de varianza explicada		5.3
Valor propio (sólo items que saturan)		0.94
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		7.8
Alfa de Cronbach		.25

F3NENF7: Gusto por trabajo en tiempo libre que considera como pérdida

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2NENF9: No acudía a eventos en juventud, gusto por trabajo y estudio en tiempo libre que considera pérdidas	.82	.72
Valor propio total		1.17
% de varianza explicada		4.9
Valor propio (sólo items que saturan)		0.67
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		5.6
Alfa de Cronbach		.26

F3NENF8: Visitas médicas por problemas leves y no por revisión, no es necesario mejorar condiciones estructurales ni eliminar masificación de sanidad, no son necesarias las asociaciones de enfermos, ausencia de problemas familiares y sexuales, y aumento de relaciones sociales

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
<b>F2NENF3:</b> Gusto por actividades sociales extrafamiliares, menos relaciones sociales, rechazo de sedentarismo en fines de semana, e insatisfacción y problemas sexuales	<b>-.37</b>	<b>.65</b>
<b>F2NENF4:</b> Bondad de asociaciones de enfermos (buscar apoyo), necesidad de eliminar masificación en sanidad, realización de actividades sociales extrafamiliares y rechazo de sedentarismo en juventud, y problemas familiares	<b>-.37</b>	<b>.49</b>
F2NENF8: Visitas médicas por problemas leves y no por revisión, y no hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias	.83	.73
Valor propio total		1.06
% de varianza explicada		4.4
Valor propio (sólo items que saturan)		0.96
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		8.1
Alfa de Cronbach		.50

F3NENF9: Problemas sexuales (anteriores), realización de hobbies y desarrolla la actividad laboral habitual

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2NENF11: Problemas sexuales (anteriores), en juventud rea-lizaba actividades al aire libre, realiza actividades domésticas y hobbies fines de semana, y realiza actividad laboral habitual	.89	.84
Valor propio total		1.04
% de varianza explicada		4.3
Valor propio (sólo items que saturan)		0.79
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		6.6
Alfa de Cronbach		.23

**NOTA:**

Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
Sat.= saturación; h<sup>2</sup>= comunalidad.

3. *Autoconcepto positivo extremo, activación ante estrés y adaptación a la enfermedad*, explica el 7.4% de la varianza, tiene una consistencia interna de .87, y está compuesto por dos factores de motivación y uno de afrontamiento.

4. *Inestabilidad laboral, realiza actividades domésticas y hobbies, no viaja y tiene problemas económicos*. Está compuesto por dos factores de calidad de vida, tiene una consistencia de .43 y explica el 5.9% de la varianza.

5. *Pérdida de actividades en general, falta humanización en sanidad, búsqueda de información y consejo en problemas de salud y cambio de rutina en vacaciones*. Explica el 5.8% de la varianza, tiene una consistencia de .46 y está también está constituido por dos factores de calidad de vida.

6. *Asistencia a eventos y rechazo de sedentarismo, bondad de asociaciones de enfermos, sanidad masificada, actividades sociales extrafamiliares y problemas familiares*. Está formado por dos factores de calidad de vida (aunque uno presenta igual peso en otro factor de tercer orden). Tiene un alfa de Cronbach de .25 y explica el 5.3% de la varianza.

7. *Gusto por trabajo en tiempo libre que considera como pérdida*, que está formado por un único factor de segundo orden de calidad de vida y explica el 4.9% de la varianza (tiene una consistencia interna de .26).

8. *Visitas médicas por problemas leves y no por revisión, no es necesario mejorar condiciones estructurales ni eliminar masificación de sanidad, no son necesarias las asociaciones de enfermos, ausencia de problemas familiares y sexuales, y aumento de relaciones sociales*. Está formado por tres factores de calidad de vida (dos de ellos tienen saturaciones similares en otros factores). Explica el 4.4% de la varianza y tiene un alfa de Cronbach de .50.

9. *Problemas sexuales (anteriores), realización de hobbies y desarrolla el trabajo habitual*, compuesto por un único factor de calidad de vida, que explica el 4.3% de la varianza y tiene una consistencia interna de .23.

Igual que en los casos anteriores también se realizó un análisis factorial con enfermos y no enfermos conjuntamente (componentes principales y rotación varimax). De este análisis se extrajeron 7 factores que explicaban el 60,1% de la varianza y que aparecen en el cuadro 7.32. La solución obtenida es muy similar a la del grupo de enfermos, siendo otra vez muy pocos los factores de personalidad que aparecen junto a los de calidad de vida (*Neuroticismo e Inhibición ante estrés y ansiedad perturbadora*). También, igual que ocurría en el caso de los enfermos, son los dos factores de sintomatología general y los mismos de afrontamiento los que aparecen junto a calidad de vida.

En función de sus componentes los factores de tercer orden se denominan:

1. *Neuroticismo y depresión con múltiples problemas personales*, compuesto por tres factores de calidad de vida, los dos de sintomatología, uno de afrontamiento, otro de motivación y neuroticismo. Tiene una consistencia interna bastante alta (.92) y explica el 19.1% de la varianza.



**CUADRO 7.32.- FACTORIAL DE TERCER ORDEN PARA ENFERMOS Y NO ENFERMOS SOBRE FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA, PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y PROBLEMAS GENÉRICOS (N= 307; N enfermos= 199; N no enfermos= 108)**

F3CALI1: Neuroticismo y depresión con múltiples problemas personales

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2EN1: Neuroticismo	.60	.71
F2GEN1: Ansiedad y depresión	.81	.67
F2GEN2: Problemas circulatorios y digestivos con alteraciones del sueño	.75	.58
F2NEA3: Desesperación e inconformismo	.66	.71
F2CALI2: No puede hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, dificultad para conocer gente	.67	.51
F2CALI5: Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos	.37	.42
F2CALI7: Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral (no realiza su actividad habitual)	.49	.37
MOTEX2: Inhibición ante estrés y ansiedad perturbadora	.52	.67
Valor propio total	4.20	
% de varianza explicada	19.1	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	3.11	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	31.7	
Alfa de Cronbach	.92	

F3CALI2: Locus de control bipolar con adaptación a la enfermedad

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2NEA1: Adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal	.50	.53
F2NLU1: Control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad	.66	.70
F2NLU2: Factor bipolar: actualismo (no importa futuro) con exculpación en tareas de grupo y exigencia personal en logro de metas	.78	.72
F2NLU3: Control externo social generalizado sobre trabajo (modo y resultado) y resultado de éxito o fracaso en relaciones personales	-.72	.57
Valor propio total	2.67	
% de varianza explicada	12.1	
Valor propio (sólo ítems que saturan)	1.81	
% de varianza explicada (sólo ítems que saturan)	18.4	
Alfa de Cronbach	.93	

## F3CALI3: Extraversión con autoconcepto positivo extremo

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2EN2: Introversión	-.69	.58
MOTEX1: Imagen extremada y positiva de uno(a) mismo(a)	.71	.72
MOTEX3: Activación ante estrés, sobrecarga y tendencia a la acción	.69	.54
Valor propio total		1.66
% de varianza explicada		7.5
Valor propio (sólo items que saturan)		1.46
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		14.9
Alfa de Cronbach		.84

## F3CALI4:: Negación de gravedad de enfermedad, valoración negativa de la asistencia sanitaria, problemas familiares, ha ganado amigos y no tiene régimen

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2NEA2: Negación de gravedad con inculpación a familia	.74	.70
F2CALI1: Necesidad de más personal, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen	.61	.49
F2CALI3: Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos probl. médicos y no ha tenido problemas sexuales	-.63	.55
Valor propio total		1.33
% de varianza explicada		6.0
Valor propio (sólo items que saturan)		1.32
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		13.4
Alfa de Cronbach		.76

## F3CALI5: Aceptación de condiciones estructurales sanitarias y de consejo en cuestiones de salud

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2CALI9: No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias, y antes de ir al médico consulta con otras personas (especialmente familiares)	.76	.63
Valor propio total		1.23
% de varianza explicada		5.6
Valor propio (sólo items que saturan)		.58
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		5.9
Alfa de Cronbach		.27

F3CALI6: Importancia de religión, acude a eventos, pérdida de hobbies e irrelevancia de actividades deportivas hechas

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2CALI4: Irrelevancia de la religión, no acude a eventos y visitas familiares fines de semana, no considera pérdida las actividades domésticas y hobbies, e importancia de actividades deportivas hechas	-.87	.78
Valor propio total		1.09
% de varianza explicada		4.9
Valor propio (sólo items que saturan)		.76
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		7.7
Alfa de Cronbach		.40

F3CALI7: Rutina y gusto por sedentarismo

FACTOR	Sat.	h <sup>2</sup>
F2CALI6: Actividades aire libre en juventud y en vacaciones (cambio de rutina)	-.78	.67
F2CALI8: Gusto por sedentarismo (en tiempo libre y fines de semana) y no por trabajar	.42	.40
Valor propio total		1.04
% de varianza explicada		4.7
Valor propio (sólo items que saturan)		.78
% de varianza explicada (sólo items que saturan)		7.9
Alfa de Cronbach		.26

**NOTA:**

Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.  
Sat.= saturación; h<sup>2</sup>= comunalidad.

2. *Locus de control bipolar con adaptación a la enfermedad.* Explica el 12.1% de la varianza, presenta una consistencia interna también alta (.93), y está compuesto por los tres factores de locus de control y uno de afrontamiento.

3. *Extraversión con autoconcepto positivo extremo,* está formado por dos factores de motivación e introversión. Explica el 7.5% de la varianza y presenta un alfa de Cronbach de .84.

4. *Negación de gravedad de enfermedad, valoración negativa de la asistencia sanitaria, problemas familiares, ha ganado amigos y no tiene régimen.* Explica el 6% de la varianza, tiene una consistencia interna de .76 y está formado por un factor de afrontamiento y dos de calidad de vida.

5. *Aceptación de condiciones estructurales sanitarias y de consejo en cuestiones de salud.* Está formado por un único factor de segundo orden de calidad de vida, explicando un 5.6% de la varianza (alfa de Cronbach de .27).

6. *Importancia de religión, acude a eventos, pérdida de hobbies e irrelevancia de actividades deportivas hechas,* que presenta un único factor de calidad de vida y explica el 4.9% de la varianza (consistencia interna: .40).

7. *Rutina y gusto por sedentarismo.* Está compuesto por dos factores de calidad de vida. Tiene una consistencia interna de .26 y explica el 4.7% de la varianza.

La principal conclusión que podemos extraer de estos resultados es que el concepto tan complejo de calidad de vida presenta compromisos parciales con ansiedad y depresión, locus de control, extraversión y modos de afrontamiento (podríamos hablar de una confirmación de la hipótesis IV y de manera parcial de la III). Junto a ello aparecen factores y/o unidades funcionales de menor amplitud referidos a rutinas, sedentarismo y valoración de servicios asistenciales. En nuestro estudio distintas dimensiones de personalidad tienden a cubrir áreas específicas de problemas, pero no se cubre toda la problemática relevante en la calidad de vida con dimensiones de personalidad.

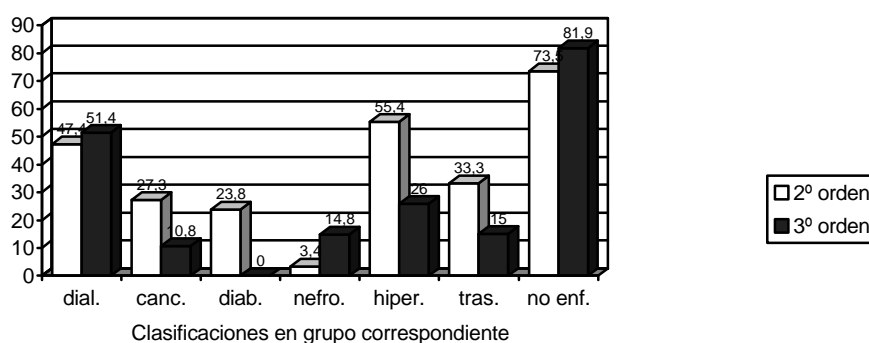
#### **7.4.3. APORTACIÓN DE PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA A LA CAPACIDAD DISCRIMINATIVA: COMPARACIONES ENTRE LOS DISCRIMINANTES SOBRE CALIDAD DE VIDA ÚNICAMENTE Y LOS QUE INCLUYEN TAMBIÉN LAS VARIABLES MENCIONADAS**

Por último, quisimos comprobar si los factores de personalidad, afrontamiento y sintomatología general aportaban algo en el poder de diferenciación (entre los distintos grupos) comparado con lo que ya se había constatado con los factores de calidad de vida únicamente. Esto se podría llevar a cabo comparando los discriminantes hechos sólo en base a los factores de segundo orden de calidad de vida frente a los realizados con los factores conjuntos (calidad de vida junto a personalidad, afrontamiento y sintomatología general) (tomaremos aquí de nuevo, los factores obtenidos con toda la muestra conjuntamente).

El discriminante entre enfermos y no enfermos aparece en el cuadro 7.33. Lo más destacable es la escasa diferencia que existe con el de segundo orden, puesto que aparecen prácticamente las mismas variables de calidad de vida aunque unidas a sintomatología, neuroticismo, introversión, motivación, locus de control y afrontamiento, sin que, sin embargo, estos factores incrementen apreciablemente los porcentajes de clasificaciones correctas. Esto nos llevaría a concluir que los factores de calidad de vida son capaces de diferenciar entre enfermos y no enfermos, sin que la inclusión de otros de personalidad, afrontamiento o sintomatología general aporten nada nuevo a esta diferenciación.

Este resultado global, sin embargo, debe modificarse por cuanto que algunas variables de personalidad (extraversión, neuroticismo, locus de control y motivación hacia el trabajo) funcionan como “anclajes” de los factores aislados de calidad de vida, lo que sugiere la existencia de un proceso de redistribución de la varianza total en función de la inclusión de algunas variables de personalidad. Por otra parte, la aparición de estas variables en funciones y/o grupos de factores distintos de calidad de vida sugiere que los factores mencionados de personalidad poseen referencias funcionales en gran medida independientes entre sí.

El análisis discriminante entre los distintos grupos diagnósticos y el grupo de no enfermos resulta más llamativo. Tal como se puede ver en el cuadro 7.34., los factores que entran en la función discriminante, engloban a aquellos de calidad de vida que aparecen en el análisis de segundo orden, además de factores de neuroticismo, motivación, afrontamiento y sintomatología general. El porcentaje total de clasificaciones correctas es parecido al obtenido en segundo orden (sólo con factores de calidad de vida), lo que parece ir en la misma línea que comentábamos anteriormente. Sin embargo, si nos fijamos en los porcentajes de cada grupo vemos que sí hay diferencias<sup>14</sup>, tal como se muestra en la figura 2.



<sup>14</sup> Estos resultados han de tomarse, no obstante, con precaución, dado que el número de sujetos a clasificar en alguno de los grupos no es muy elevado, pero aún así hemos creído interesante incluirlos puesto que, aunque sea de manera tentativa, nos sugieren unos comportamientos diferenciados de los distintos grupos.

**CUADRO 7.33.- DISCRIMINANTE ENTRE ENFERMOS Y NO ENFERMOS SOBRE LOS FACTORES DE TERCER ORDEN DE CALIDAD DE VIDA, PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA (CON LA SOLUCIÓN FACTORIAL CONJUNTA)**

TABLA RESUMEN DE PASOS							
PASO	FACTOR	LAMBDA	SIGNIF.	V DE RAO	SIGNIF.	CAMBIO EN V	SIGNIF.
1	F3JUN04	.572	.0000	228.05	.0000	228.05	.0000
2	F3JUN01	.495	.0000	311.22	.0000	83.17	.0000
3	F3JUN05	.468	.0000	347.13	.0000	31.85	.0000
4	F3JUN02	.444	.0000	382.29	.0000	35.16	.0000

FUNCIÓN DISCRIMINANTE								
Func.	Valor Propio	% de varianza	Correlación canónica	Desp.	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	GL	Sig.
				0	.4438	246.17	4	.0000
1	1.2534	100.00	.7458					

COEFICIENTES TIPIFICADOS		ENFERMOS		NO ENFERMOS	
FACTOR	VALOR	X	DT	X	DT
F3JUN01	-.40	67.2	22.6	57.7	16.6
F3JUN02	-.35	157.6	41.8	147.7	32.3
F3JUN04	1.03	15.3	5.7	25.6	5.6
F3JUN05	.32	1.51	.99	2.15	.98

GRUPOS CENTROIDES	
ENFERMOS	-.82
NO ENFERM.	1.51

PREDICCIÓN DE RESULTADOS				
GRUPO DE PERTENENCIA		GRUPO PREDICHO		
		ENFERMOS		NO ENFERMOS
GRUPO	N	N	%	N
ENFERMOS	205	181	<b>88.3</b>	24
NO ENFERMOS	113	9	8.0	<b>104</b>
PORCENTAJE DE CLASIFICACIONES CORRECTAS:				<b>89.62%</b>

**NOTA:**

Se ha omitido el cero decimal y la coma ha sido sustituida por un punto. X= Media; DT= Desviación típica.

F3JUN01= Neuroticismo y depresión con múltiples problemas personales; F3JUN02= Locus de control bipolar con adaptación a la enfermedad; F3JUN03= Extraversión con autoconcepto positivo extremo; F3JUN04= Negación de gravedad de enfermedad, valoración negativa de la asistencia sanitaria, problemas familiares, ha ganado amigos y no tiene régimen; F3JUN05= Aceptación de condiciones estructurales sanitarias y de consejo en cuestiones de salud; F3JUN06= Importancia de religión, acude a eventos, pérdida de hobbies y no da importancia a actividades deportivas hechas; F3JUN07= Rutina y gusto por sedentarismo.

**CUADRO 7.34.- DISCRIMINANTE ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS DE ENFERMOS Y NO ENFERMOS SOBRE LOS FACTORES DE TERCER ORDEN DE CALIDAD DE VIDA, PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA (CON LA SOLUCIÓN FACTORIAL CONJUNTA)**

TABLA RESUMEN DE PASOS							
PASO	FACTOR	LAMBDA	SIGNIF.	V DE RAO	SIGNIF.	CAMBIO EN V	SIGNIF.
1	F3JUN04	.546	.0000	249355	.0000	249.5	.0000
2	F3JUN01	.444	.0000	359.86	.0000	110.3	.0000
3	F3JUN05	.411	.0000	407.86	.0000	48.01	.0000

FUNCIÓN DISCRIMINANTE								
Func.	Valor Propio	% de varianza	Correlación canónica	Desp.	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	GL	Sig.
				0	.411104	267.562	18	.0000
1	1.3042	95.93	.7523	1				

COEFICIENTES TIPIFICADOS	
FACTOR	FUNCIÓN 1
F3JUN1	-.57
F3JUN4	.99
F3JUN5	.34

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS COEFICIENTES TIPIFICADOS																	
COEFICIENTES TIPIFICADOS				DIALIS.		HIPER.		NEFR.		TRAS.		CANC.		DIABE.		NO EN.	
FACTOR	F. 1	F. 2	F. 3	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
F3JUN4	.79			12.9	5.3	14.8	5.6	17.1	6.0	13.8	7.2	16.7	5.3	15.5	4.7	25.6	5.6
F3JUN3	.17			18.3	6.9	15.5	7.0	15.8	6.3	16.3	7.7	16.6	6.6	18.1	7.8	18.4	7.3
F3JUN6	-.15			4.74	1.8	4.95	1.6	5.00	2.2	4.96	2.4	5.55	1.8	5.06	1.6	4.97	2.0
F3JUN1		.88		75.0	23.3	58.8	18.9	71.2	29.4	63.7	13.7	69.5	22.9	63.2	21.4	57.7	16.6
F3JUN2		.42		161	41.3	145	42.9	162	47.0	159	39.9	159	38.4	165	46.4	148	32.3
F3JUN7		.10		3.53	1.7	3.61	1.5	3.57	1.9	3.58	1.6	4.05	1.4	3.18	1.2	3.93	1.2
F3JUN5			.92	1.29	.94	1.66	1.08	1.70	0.97	1.47	1.02	1.40	0.97	1.76	.97	2.15	.98

GRUPOS CENTROIDES	
GRUPO	FUNC. 1
DIALISIS	-1.52
HIPERTENSIÓN	-.62
NEFROPATÍAS	-.53
TRASPLANTE	-.99
CANCER	-.66
DIABETES	-.58
NO ENFERMOS	1.49

PREDICCIÓN DE RESULTADOS															
GRUPO DE PERTENENCIA		GRUPO PREDICHO													
GRUPO	N	DIALISIS		HIPERT.		NEFRO.		TRASPL.		CANCER		DIABET.		NO ENF.	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DIALISIS	35	18	51.4	4	11.4	2	5.7	3	8.6	5	14.3	2	5.7	1	2.9
HIPERT.	50	4	8.0	13	26.0	2	4.0	8	16.0	9	18.0	10	20.0	4	8.0
NEFRO.	27	5	18.5	5	18.5	4	14.8	3	11.1	3	11.1	4	14.8	3	11.1
TRASPL.	20	7	35.0	3	15.0	0	0.0	3	15.0	3	15.0	1	5.0	3	15.0
CANCER	64	14	21.9	14	21.9	11	14.1	7	10.9	7	10.9	6	9.4	7	10.9
DIABET.	19	4	21.1	7	36.8	2	10.5	0	0.0	3	15.8	0	0.0	3	15.8
NO ENF.	138	0	0.0	4	2.9	11	8.0	0	0.0	6	4.3	4	2.9	113	81.9
PORCENTAJE DE CLASIFICACIONES CORRECTAS:								44.76%							

**NOTA:**

Se ha omitido el cero decimal y la coma ha sido sustituida por un punto. X= Media; DT= Desviación típica.

F3JUN01= Neuroticismo y depresión con múltiples problemas personales; F3JUN02= Locus de control bipolar con adaptación a la enfermedad; F3JUN03= Extraversión con autoconcepto positivo extremo; F3JUN04= Negación de gravedad de enfermedad, valoración negativa de la asistencia sanitaria, problemas familiares, ha ganado amigos y no tiene régimen; F3JUN05= Aceptación de condiciones estructurales sanitarias y de consejo en cuestiones de salud; F3JUN06= Importancia de religión, acude a eventos, pérdida de hobbies y no da importancia a actividades deportivas hechas; F3JUN07= Rutina y gusto por sedentarismo.



---

Por un lado, hay grupos que se siguen clasificando con porcentajes bastante altos en sus grupos correspondientes, como es el caso de diálisis y no enfermos. Sin embargo, el caso del grupo de hipertensión resulta curioso, puesto que al incluir características de personalidad, el porcentaje de clasificaciones correctas desciende considerablemente, lo que parece contradecir la hipótesis de una “personalidad” del hipertenso. También, los grupos de trasplante, diabetes, nefropatías y cáncer experimentan cambios apreciables. En el caso de los nefrópatas parece que al incluir junto a calidad de vida personalidad, afrontamiento y sintomatología no se identifican claramente dentro de un grupo determinado sino que se distribuyen prácticamente al azar entre los distintos grupos. Con el grupo de cáncer, por contra, parece ocurrir lo mismo que con el de hipertensión y es que parece desdibujarse como tal cuando se incluyen los factores de personalidad, puesto que pasa a identificarse con los grupos de hipertensión y diálisis, lo cual tampoco apoyaría la que se ha dado en llamar personalidad tipo C o del enfermo de cáncer. En el caso de trasplante, al incluir estas variables pasan a identificarse claramente con los enfermos sometidos a diálisis, mientras que los diabéticos lo hacen con los hipertensos.

También se compararon los discriminantes realizados con grupos formados en función de la gravedad del diagnóstico, apareciendo el discriminante con los factores conjuntos en el cuadro 7.35. En este caso el porcentaje total de casos bien clasificados desciende ligeramente (pasa del 71.96% al 66.04%), siendo este cambio más destacable en el grupo más grave (diálisis y cáncer), que pasan de unos porcentajes de clasificación correctos de 67.3 a otro más modesto de 53.6. Curiosamente el grupo de no enfermos tiene un comportamiento totalmente distinto, ya que al incluir las variables de personalidad, afrontamiento y sintomatología general, aumenta su porcentaje de clasificaciones correctas llegando al 90.3% (cuando con los factores de calidad de vida únicamente, se situaba en el 83.5%).

Como conclusión general podemos decir que el incluir variables de personalidad, afrontamiento y sintomatología general no parece afectar el poder discriminativo que tiene la calidad de vida por sí sola a la hora de diferenciar, sobre todo, entre enfermos y no enfermos.

Por otro lado, la “dispersión” que se observa en ciertos grupos de enfermos sugeriría que el “diagnóstico principal” de la condición médica no ejerce una influencia decisiva en un funcionamiento funcional, lo que abonaría, una vez más, la idea de una “psicología del enfermo crónico” en determinadas condiciones (nivel de análisis genérico y/o global) y frente a ello, la “especificidad” de otras enfermedades que no serían subsumibles en esta “cronicidad”. Estos resultados apuntan a perfilar distintas líneas a la hora de la formación de los psicólogos de la salud que deben ayudar a los enfermos crónicos.

**CUADRO 7.35.- DISCRIMINANTE ENTRE TRES GRUPOS EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL DIAGNÓSTICO (DIÁLISIS-CÁNCER, DIABETES-NEFROPATÍAS-HIPERTENSIÓN-TRASPLANTE, Y NO ENFERMOS) SOBRE LOS FACTORES DE LA SOLUCIÓN CONJUNTA (CALIDAD DE VIDA, SINTOMATOLOGÍA, PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO**

TABLA RESUMEN DE PASOS							
PASO	FACTOR	LAMBDA	SIGNIF.	V DE RAO	SIGNIF.	CAMBIO EN V	SIGNIF.
1	F3JUN04	.57210	.0000	227.37	.0000	227.37	.0000
2	F3JUN01	.48140	.0000	320.57	.0000	93.20	.0000
3	F3JUN05	.44760	.0000	352.33	.0000	31.76	.0000
4	F3JUN02	.42468	.0000	399.38	.0000	35.23	.0000

FUNCIÓN DISCRIMINANTE								
Func.	Valor Propio	% de varianza	Correlación canónica	Desp.	Lambda de Wilks	Chi cuadrado	GL	Sig.
				0	.4247	259.07	8	.0000
1	1.2818	97.57	.7495	1	.9690	9.52	3	.0232
2	.0320	2.43	.1760					

COEFICIENTES TIPIFICADOS		
FACTOR	FUNCIÓN 1	FUNCIÓN 2
F2JUN01	-.42	.96
F2JUN02	-.34	-.17
F2JUN04	1.02	.24
F2JUN05	.34	-.51

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LOS COEFICIENTES TIPIFICADOS								
COEFICIENTES TIPIFICADOS			DIÁLISIS-CÁNCER		DIAB-NEF-HIP-TR		NO ENFERMOS	
FACTOR	FUNC. 1	FUNC. 2	X	DT	X	DT	X	DT
F2JUN04	.76		15.40	5.62	15.23	5.88	25.56	5.55
F3JUN06	-.16		5.26	1.84	4.99	1.84	4.97	1.99
F2JUN01		.77	71.44	23.08	63.22	21.58	57.74	16.56
F2JUN05		-.48	1.36	0.95	1.65	1.02	2.15	0.98
F2JUN02		.24	160.4	39.30	155.1	44.13	147.7	32.28
F3JUN07		.09	3.86	1.53	3.52	1.58	3.93	1.15
F3JUN03		.08	17.23	6.76	16.12	7.08	18.44	7.33

GRUPOS CENTROIDES		
	FUNC. 1	FUNC. 2
DIÁLIS-CÁNCER	-.97	.21
DIAB-NEF-HIP-TR	-.69	-.23
NO ENFERMOS	1.52	.02

PREDICCIÓN DE RESULTADOS							
GRUPO DE PERTENENCIA		GRUPO PREDICHO					
		DIÁLIS.-CÁNCER		DIAB-NEF-HIP-TR		NO ENFERMOS	
GRUPO	N	N	%	N	%	N	%
DIÁLISIS-CÁNCER	97	52	53.6	38	39.2	7	7.2
DIAB-NEF-HIP-TR	108	38	35.2	56	51.9	14	13.0
NO ENFERMOS	113	2	1.8	9	8.0	102	90.3
PORCENTAJE DE CLASIFICACIONES CORRECTAS:					66.04%		

**NOTA:**

Se ha omitido el cero decimal y la coma ha sido sustituida por un punto. X= Media; DT= Desviación típica.

F3JUN01= Neuroticismo y depresión con múltiples problemas personales; F3JUN02= Locus de control bipolar con adaptación a la enfermedad; F3JUN03= Extraversión con autoconcepto positivo extremo; F3JUN04= Negación de gravedad de enfermedad, valoración negativa de la asistencia sanitaria, problemas familiares, ha ganado amigos y no tiene régimen; F3JUN05= Aceptación de condiciones estructurales sanitarias y de consejo en cuestiones de salud; F3JUN06= Importancia de religión, acude a eventos, pérdida de hobbies y no da importancia a actividades deportivas hechas; F3JUN07= Rutina y gusto por sedentarismo.

## 7.5. INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE CALIDAD DE VIDA

Al analizar las distintas conceptualizaciones de calidad de vida, se habló de una visión objetiva frente a otra subjetiva del término. Dentro de esta segunda visión se hablaba de la subjetividad de la calidad de vida hasta tal punto que las características socio-demográficas particulares de cada persona podrían estar influyendo en la idea que cada uno tenía de lo que era calidad de vida. Esto supone que también cada persona en función de estas características puede evaluar de manera distinta su propia calidad de vida. Aunque no podemos contrastar si efectivamente dependiendo de esto las personas van a tener una conceptualización distinta de calidad de vida, sí podemos poner a prueba el hecho de que estas variables socio-demográficas puedan estar influyendo en la evaluación que hace de su propia calidad de vida (hipótesis V). Para lograr esto se han llevado a cabo análisis multivariados de varianza utilizando las variables socio-demográficas como covariados.

### 7.5.1. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE VARIANZA SOBRE CALIDAD DE VIDA CON LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS COMO COVARIADOS

De la misma manera que se ha hecho con personalidad, comprobamos la influencia de las variables socio-demográficas a través de anovas y ancovas. Con ellos vamos a poder constatar si las diferencias existentes entre los distintos grupos en calidad de vida se mantienen cuando se incluyen estas variables como covariados o si, por el contrario, se anulan, lo que significaría que dichas variables tienen un efecto directo sobre las diferencias apreciadas entre los grupos, en ese factor.

Los análisis entre todos los grupos de enfermos de manera conjunta frente a los no enfermos, aparecen en el cuadro 7.36. En este caso se dan diferencias entre los grupos en seis de los nueve factores: *1. Necesidad de más personal sanitario, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va la médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen; 2. No puede hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, mayor dificultad para conocer gente; 3. Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales (anteriores); 5. Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos; 7. Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral (no realiza su actividad habitual); 9. No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias, consulta sus problemas médicos a otros (especialmente familiares).* Si examinamos el efecto que los covariados tienen sobre estas diferencias vemos que en realidad es más bien escaso, apareciendo sólo en tres factores. En el factor 2 (*No puede hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, mayor dificultad para conocer gente*), son el sexo, el estado civil y el nivel educativo los que parecen anular las

CUADRO 7.36.- ANÁLISIS MULTIVARIADO DE VARIANZA ENTRE ENFERMOS Y NO ENFERMOS SOBRE LOS FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA CON VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS COMO COVARIADOS

	FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA																			
			1		2		3		4		5		6		7		8		9	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Sin covariados N=375	47.9	.000	205	.000	4.10	.044	144	.000	1.58	.210	19.0	.000	0.18	.674	8.51	.004	2.13	.145	51.1	.000
Con covariados N= 339	37.7	.000	166	.000	2.82	.094	106	.000	0.44	.508	7.95	.005	3.73	.054	4.70	.031	0.92	.339	48.5	.000
SEXO N= 375	46.4	.000	196	.000	3.08	.080	141	.000	8.65	.003	18.8	.000	0.75	.388	7.20	.008	1.56	.213	47.7	.000
EDAD N= 370	45.0	.000	186	.000	3.81	.052	138	.000	0.17	.685	15.6	.000	0.52	.472	10.6	.001	2.30	.130	44.9	.000
DOMICILIO N= 350	43.5	.000	208	.000	6.37	.012	118	.000	1.03	.311	17.6	.000	0.49	.486	7.39	.007	1.12	.291	47.5	.000
EST. CIVIL N= 375	47.2	.000	197	.000	3.41	.065	148	.000	0.56	.455	16.1	.000	0.25	.620	10.3	.001	2.67	.103	50.0	.000
PROFESIÓN N= 371	44.7	.000	192	.000	4.18	.042	138	.000	0.49	.484	14.1	.000	0.21	.643	4.10	.044	1.64	.201	55.0	.000
NIVEL EDUC. N= 372	47.6	.000	203	.000	2.73	.100	136	.000	0.00	.996	14.4	.000	0.82	.365	6.77	.010	2.57	.110	61.5	.000

**NOTA:** Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto. F= ; p= significación de las diferencias; 1= Necesidad de más personal sanitario, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen; 2= Pérdida de actividades en general, insatisfacción sexual, sale menos, y mayor dificultad para conocer gente; 3= Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente; 4= No importancia de la religión, no acude a eventos y visitas familiares en fines de semana, no considera pérdida las actividades domésticas y hobbies, e importancia de actividades deportivas hechas.; 5= Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos; 6= Actividades al aire libre en juventud y en vacaciones (cambio de rutina).; 7= Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral (no realiza su actividad habitual); 8= Gusto por sedentarismo (en tiempo libre y fines de semana) y no por trabajar; 9= No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias, y antes de ir al médico consulta con otras personas (especialmente familiares).

diferencias entre los dos grupos, aunque su efecto no es muy elevado. En el factor 4 (*Irrelevancia de la religión, no acude eventos y visitas familiares en fines de semana, no considera pérdida las actividades domésticas y hobbies, importancia de actividades deportivas hechas*), no aparece efecto de multivariado pero sí del sexo, que provoca que aparezcan diferencias entre los grupos, que no se daban inicialmente. En el factor 6 (*Actividades aire libre en juventud y en vacaciones con cambio de rutina*), al incluir los covariados aparecen diferencias significativas pero únicamente por la interacción, no se dan efectos individuales de cada variable.

Según estos datos, parece que la mayoría de las diferencias entre enfermos y no enfermos no pueden ser atribuidas a las variables socio-demográficas estudiadas aquí, al menos en la muestra con la que contamos.

Entre los distintos grupos diagnósticos y los no enfermos aparecen diferencias en los mismos factores que en el anterior anova (enfermos frente a no enfermos), aunque en este caso también aparecen diferencias significativa en el factor 8 (*Gusto por sedentarismo y no por trabajar en tiempo libre*). Precisamente es en este factor en el único que parece haber efecto de los covariados, anulando las diferencias que en principio aparecen entre los grupos. Este efecto es debido a la interacción de todos ellos ya que no aparece efecto individual de cada variable por separado, tal como se aprecia en el cuadro 7.37. Esto quiere decir que las diferencias en calidad de vida entre los distintos grupos diagnósticos no son debidas a las diferencias en variables como sexo, edad, domicilio, estado civil, profesión o nivel educativo.

Como conclusión, hay que resaltar la capacidad de los factores de calidad de vida para diferenciar entre los distintos grupos de enfermos y no enfermos sin que las variables socio-demográficas ejerzan un efecto relevante sobre dicha diferenciación, tal como se señalaba en la hipótesis V. Esto pondría en tela de juicio los argumentos que señalan que dichas características pueden influir en la concepción y evaluación que las personas hagan de su propia calidad de vida. Con esto no se niega la importancia del punto de vista subjetivo en calidad de vida, sino únicamente el entender esto como únicamente las diferencias en variables socio-demográficas. Como hemos visto anteriormente factores de afrontamiento y motivación, así como características como la gravedad de la enfermedad pueden afectar los juicios sobre calidad de vida, además de (y principalmente) el hecho de estar o no enfermo.

CUADRO 7.37.- ANÁLISIS MULTIVARIADO DE VARIANZA ENTRE LOS DISTINTOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS (INCLUYENDO NO ENFERMOS) SOBRE LOS FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA CON VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS COMO COVARIADOS

	FACTORES DE SEGUNDO ORDEN DE CALIDAD DE VIDA																			
			1		2		3		4		5		6		7		8		9	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Sin covariados N=375	11.3	.000	44.6	.000	6.32	.000	27.2	.000	0.80	.568	4.99	.000	0.45	.842	4.51	.000	2.46	.024	9.24	.000
Con covariados N=339	9.35	.000	36.4	.000	6.30	.000	21.1	.000	0.21	.973	3.59	.002	1.01	.417	2.98	.007	1.93	.076	9.10	.000
SEXO N=375	10.9	.000	42.3	.000	5.95	.000	26.9	.000	1.46	.191	5.03	.000	0.63	.710	4.24	.000	2.16	.046	8.68	.000
EDAD N=370	10.9	.000	41.4	.000	6.25	.000	26.9	.000	0.49	.817	4.68	.000	0.56	.764	4.28	.000	2.49	.023	8.38	.000
DOMICILIO N=350	10.4	.000	44.0	.000	6.93	.000	22.6	.000	0.69	.660	4.67	.000	0.41	.872	4.22	.000	2.23	.040	8.69	.000
EST. CIVIL N=375	11.2	.000	43.4	.000	6.35	.000	27.6	.000	0.49	.819	4.84	.000	0.48	.821	4.66	.000	2.43	.026	9.05	.000
PROFESIÓN N=371	10.7	.000	41.9	.000	6.53	.000	26.2	.000	0.67	.671	4.39	.000	0.49	.816	3.45	.003	2.22	.041	9.96	.000
NIVEL EDUC. N=372	11.3	.000	44.5	.000	5.94	.000	25.8	.000	0.58	.746	4.15	.000	0.50	.807	4.16	.000	2.44	.025	11.0	.000

**NOTA:** Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto. F= ; p= significación de las diferencias; 1= Necesidad de más personal sanitario, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen; 2= Pérdida de actividades en general, insatisfacción sexual, sale menos, y mayor dificultad para conocer gente; 3= Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente; 4= No importancia de la religión, no acude a eventos y visitas familiares en fines de semana, no considera pérdida las actividades domésticas y hobbies, e importancia de actividades deportivas hechas.; 5= Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos; 6= Actividades al aire libre en juventud y en vacaciones (cambio de rutina).; 7= Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral (no realiza su actividad habitual); 8= Gusto por sedentarismo (en tiempo libre y fines de semana) y no por trabajar; 9= No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias, y antes de ir al médico consulta con otras personas (especialmente familiares).

## **8. RESUMEN**



## 8. RESUMEN

Como hemos visto a lo largo de este trabajo el estudio de la calidad de vida se ha convertido en una de las prioridades que, importantes instituciones como la Organización Mundial de la Salud se plantean como criterio de validación y objetivo para el nuevo milenio. Este relativamente reciente interés, ha hecho que proliferen los trabajos en torno a este tema pero que, simultáneamente, no se encuentren líneas teóricas claras que expliquen en qué consiste la calidad de vida, de qué depende, con qué variables tiene relaciones, etc.

Esto también implica que no abunden trabajos que aborden esta área con instrumentación suficientemente validada y con muestras amplias y variadas. La mayoría de los estudios no incluyen distintos grupos de enfermos y no enfermos, las pruebas se suelen ceñir a un inventario de síntomas o conductas (en las que se intuye que se pueden producir déficits cuando se padece una enfermedad) y la evaluación de la calidad de vida la suelen hacer terceros, normalmente profesionales de la salud.

Esta situación nos ha empujado a buscar una opción de trabajo algo distinta y que también se encuentra presente a la hora de estudiar la calidad de vida, basada en el modo de trabajo del modelo de parámetros de Pelechano (1973, 1989, 1992). Esta complejidad se refiere a aspectos como el tipo de prueba que utilizamos (parámetros de respuesta), las posibles variables de la muestra que puedan estar afectando los resultados (parámetros de persona), además de, naturalmente, los distintos diagnósticos con que contamos.

Llevamos a cabo un trabajo en el que tratamos de comprobar no sólo las diferencias entre enfermos y no enfermos en calidad de vida, sino también relaciones más complejas entre las distintas áreas de calidad de vida y entre éstas y otras características personales. Para ello se administró una amplia batería de pruebas:

- por un lado, una entrevista semiestructurada sobre calidad de vida que abarcaba las áreas que tradicionalmente se han considerado relevantes (relaciones familiares, datos relacionados con salud física, relaciones sociales, datos laborales, relaciones sexuales, sintomatología general, búsqueda de apoyo, ocio y diversión).

- por otro lado, se cumplimentaron también varias pruebas de personalidad. A un nivel de consolidación básico, se administró el cuestionario EN de Pelechano (Pelechano, 1972), que intenta medir dos dimensiones básicas: extraversión y neuroticismo. Para muestrear un nivel intermedio de generalización y consolidación se cumplimentaron dos cuestionarios: el LOCUS y el MOTEX. El primero de ellos es producto de la depuración del cuestionario LUCAM (Pelechano y Báguena, 1983) que mide locus de control. El MOTEX proviene también de la depuración de dos cuestionarios: EME (Pelechano y Báguena, 1981a, 1981b, 1981c; Pelechano y Guerra, 1981; Pelechano y Mateu, 1981) y MAE (Pelechano, 1975) y mide motivación extrema. Por último se cumplimentó una prueba de *Estrategias de Afrontamiento* de Pelechano que trata de apresar la manera en que

los enfermos afrontan su enfermedad o, en el caso de los no enfermos, un suceso estresante importante.

También contamos con una amplia muestra, ya que participaron en el estudio un total de 864 personas divididas en siete grupos, seis compuestos por personas que sufrían distintos tipos de enfermedades crónicas (enfermedad renal terminal, hipertensión, distintas nefropatías, trasplante renal, cáncer y diabetes) y uno de personas que no padecían ningún tipo de enfermedad crónica.

Como comentábamos al principio, las hipótesis a contrastar giraban en torno a tres aspectos principales: la estructuración de la calidad de vida, las diferencias existentes en calidad de vida entre los distintos grupos y la influencia que factores de personalidad, afrontamiento o incluso variables socio-demográficas pudieran tener sobre su apreciación. Los análisis realizados se dirigen a esclarecer dichos interrogantes.

### **8.1. ESTRUCTURACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**

El primer grupo de análisis se refería a la estructura factorial de la entrevista sobre calidad de vida. En este caso, dado que teníamos dos muestras cualitativamente diferentes, como eran, enfermos y no enfermos, se llevaron a cabo análisis factoriales independientes (a partir de componentes principales y oblimin, en primer orden, y varimax, en segundo) para cada una de ellas.

En las dos muestras se obtuvieron 25 factores de primer orden que explicaban el 69,3% de varianza en el caso de los enfermos y el 70,3% en el de no enfermos. En ambos casos los ítems quedaban bastante dispersos entre todos los factores, por lo que parece que existe un claro atisbo de multidimensionalidad.

Se volvieron a llevar a cabo factorizaciones de segundo orden con rotación varimax por separado para enfermos y no enfermos. En el caso de los enfermos se obtuvo un total de 10 factores que explican el 57,5% de la varianza y que se denominaron:

1.- *Importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales, insatisfacción sexual, y necesidad de humanización y mejoras estructurales en sanidad.*

2.- *Valoración negativa de la asistencia sanitaria: masificación y necesidad de más y mejor personal.*

3.- *Actividades sociales extrafamiliares.- Realización de actividades sociales extrafamiliares en la juventud y problemática laboral (inestabilidad, el trabajo como pérdida, no realiza actividad habitual).*

4.- *Connotación negativa de Sedentarismo (en vacaciones, fines de semana y en su juventud).- Menos salidas, y pérdida de actividades sociales extrafamiliares y al aire libre.*

5.- *Aislacionismo social con reestructuración sociopersonal.- No consulta a amigos problemas médicos, bondad de las asociaciones de enfermos (información y apoyo) y aumento de las relaciones sociales.*

6.- Reconocimiento de problemas.- Problemas sexuales (anteriores), problemas familiares, problemas médicos leves, no tiene régimen alimenticio, rechazo trabajo en tiempo libre y gusto por las actividades domésticas y hobbies.

7.- Restricción de viajes con problemas económicos.- No viaja en vacaciones y sigue la rutina diaria, problemas económicos que considera importantes y no realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana.

8.- Nostalgia por actividades al aire libre con importancia de religión.- importancia actividades deportivas hechas, no realiza actividades al aire libre en vacaciones, e importancia de la religión.

9.- Rechazo a rutinas de visitas familiares con nostalgia de sexo.- Visitas familiares en fines de semana, acudía a eventos (culturales, deportivos,...) en su juventud, gusto por actividades al aire libre y sociales extrafamiliares, ha hablado de sexo y pérdida de actividades domésticas y hobbies.

10.- Visión positiva de sedentarismo con apoyo de familia para problemas médicos.- No realiza actividades al aire libre en fines de semana, gusto por sedentarismo, y consulta a otros sus problemas médicos (especialmente a familiares).

En cambio, con el grupo de no enfermos se obtienen 11 factores que explican el 60.2% de la varianza y son:

1.- Problemas económicos.- Inestabilidad laboral, en vacaciones realiza actividades al aire libre y hobbies y no viaja, y tiene problemas económicos.

2.- Disminución de actividades en general y deseo de humanización de sanidad.- Pérdida de actividades en general (especialmente actividades sociales extrafamiliares), ausencia de familiares con problemas mentales, necesidad de más humanización y no de más personal en sanidad, y gusto por actividades domésticas y hobbies.

3.- Gusto por actividades sociales extrafamiliares y no por sedentarismo (en fines de semana).- Disminución de relaciones sociales, e insatisfacción sexual.

4.- Bondad de las asociaciones de enfermos (especialmente para dar apoyo).- Necesidad de eliminar masificación en sanidad, realización actividades sociales extrafamiliares y rechazo de sedentarismo en juventud, y problemas familiares.

5.- Pérdida de actividades domésticas y hobbies.- Y junto a ello irrelevancia de actividades deportivas y realiza visitas familiares los fines de semana.

6.- Importancia de la enfermedad.- Y no de problemas económicos y laborales, no consulta a amigos problemas médicos, relaciones sociales menos intensas que las de los demás, y no realiza actividades sociales extrafamiliares los fines de semana.

7.- Promoción de asociacionismo entre enfermos.- Y junto a ello deseo de cambio de rutina en vacaciones, y consulta sus problemas médicos (especialmente a familiares).

8.- *Uso de servicios médicos.- Visitas médicas por problemas leves y no por revisión, y no hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias.*

9.- *Nostalgia de juventud.- Pérdida de asistencia a actos públicos, de intensidad de trabajo y tiempo de estudio.*

10.- *Asistencia a eventos y actividades al aire libre (en fines de semana) y rechazo de sedentarismo.*

11.- *Reconocimiento de problemas sexuales desde hace tiempo, con nostalgia de juventud.*

Los índices de similitud factorial, en este caso hallados a partir de correlaciones de Pearson entre las matrices factoriales de cada grupo, presentan algunas correlaciones altas, encontrándose doce por encima de 0.70, pero aunque esto nos indica que estos doce son los que más se asemejan en las dos estructuras, está claro que no podemos concluir que ambas estructuras se solapen.

La comparación de las soluciones factoriales de segundo orden nos lleva a algunas apreciaciones interesantes. Una de ellas se refiere a los índices de consistencia interna, puesto que para la muestra de enfermos únicamente, son más elevados que los de la muestra de no enfermos. Esto indicaría que en los primeros se muestra una mayor cohesión entre los items que forman los distintos factores, con lo que la estructura factorial para los no enfermos parece más “débil” que la de los enfermos.

Hay que señalar además que en los no enfermos los factores tienen items de áreas más dispersas mientras que en el caso de los enfermos, los factores agrupan en mayor medida items que tienden a reflejar dominios psicológicos más “cercaños”.

Con estos resultados, se confirma la primera hipótesis planteada, que predecía la multidimensionalidad de la calidad de vida. Asimismo, también comprobamos que las estructuras factoriales para enfermos y no enfermos no parecen solaparse, mientras que se aprecia una cierta “dispersión” de los items, que no parecen mantener relaciones excesivamente altas, sobre todo por lo que respecta al grupo de no enfermos.

## **8.2. ANÁLISIS DIFERENCIALES BIVARIADOS**

En segundo lugar, se llevaron a cabo análisis diferenciales bivariados entre los grupos diagnósticos en las distintas áreas de calidad de vida.

Comenzamos por los datos relacionados con la afectación de la enfermedad. En cuanto a restricciones parece ser el grupo de diálisis el más afectado por su enfermedad, mientras que otros parecen estar más normalizados: hipertensión y trasplante en el caso del régimen de vida y cáncer en cuanto al régimen alimenticio. Por otro lado, los no enfermos parecen acudir al médico por problemas físicos leves, mientras que los enfermos van para las revisiones (seguimiento) y control.

Otro aspecto se refería a lo que hemos denominado sintomatología general (en la que también se incluían una serie de problemas generales). Un análisis factorial previo había ofrecido una solución bifactorial en segundo orden: por un lado, *ansiedad y depresión*, y por otro, *problemas circulatorios y digestivos con alteraciones del sueño*. Parece que son, por un lado no enfermos y trasplantados los que presentan menos sintomatología ansiosa o depresiva, mientras los grupos de diálisis y cáncer son los más afectados. Y, por otro lado, en cuanto a problemas circulatorios, digestivos y de sueño, vuelven a ser los grupos de no enfermos y trasplante los menos afectados y, en el polo opuesto, el grupo de diálisis.

Un segundo bloque se refería a relaciones familiares (relaciones con la familia y relaciones sexuales).

En primer lugar nos centramos básicamente en la existencia de problemas que involucren a la familia. Esta pregunta se desglosó en doce categorías que abarcaban el espectro de respuestas dadas por los entrevistados. Es en las tres primeras categorías donde aparecen más diferencias significativas. En la categoría de *problemas de relaciones familiares*, dos grupos presentan diferencias significativas con el resto, aunque en direcciones opuestas: los no enfermos verbalizan tener más problemas de relaciones familiares, mientras los trasplantados son los que menos. En la categoría de *problemas con la pareja*, el patrón es similar aunque en este caso son los no enfermos y los enfermos de cáncer los que presentan mayores puntuaciones que el resto. También los no enfermos dicen tener más problemas de *relaciones con los hijos* que los enfermos crónicos. En el resto de categorías aparecen pocas diferencias, siendo en la mayoría de los casos el grupo de no enfermos el que las presenta frente a alguno de los grupos de enfermos, mientras que entre éstos últimos las diferencias son mínimas.

También se indagaba sobre la existencia de algún familiar con problemas de alcoholismo, drogadicción o algún otro problema psicológico. En este caso, es el grupo de no enfermos en el que es más probable encontrar este tipo de problemática.

En cuanto a las relaciones sexuales, son dos grupos los que parecen haber sufrido en mayor medida cambios negativos: diálisis y cáncer (menor deseo, pérdida de vida sexual, malestar físico en cáncer, y menor frecuencia en diálisis). En el otro polo, aparece el grupo de trasplante (señala en menor medida la pérdida de la vida sexual y sentir menor deseo), que junto con el de hipertensión son los más satisfechos con su vida sexual y los que señalan en menor medida que su pareja les rehuya. A pesar de estos resultados, son los no enfermos los que más han hablado con su pareja sobre su vida sexual y los que más señalan la intención de volver a hacerlo (en este último caso, junto con el grupo de trasplante).

Otro apartado se refiere a cuestiones laborales: a partir de los resultados se puede concluir, por un lado, que son cuatro grupos de enfermos los que han tenido que abandonar en mayor medida sus trabajos habituales (diálisis, trasplante, cáncer y diabetes), mientras que es el grupo de diálisis el que presenta una mayor movilidad laboral (con un mayor número de distintas ocupaciones) y el que tiene más aspiraciones de trabajar. Sin embargo, son los no enfermos los que

dicen sentirse más insatisfechos con sus trabajos respectivos y aspiran a uno de mayor nivel, y los trasplantados los que presentan menos problemas laborales.

En cuarto lugar aparece el apartado que hemos denominado actividades de apoyo social, en el que se indaga por las relaciones sociales y la búsqueda de apoyo. Parece claro que los grupos de enfermos han notado un cambio apreciable en sus relaciones sociales después que ha surgido la enfermedad con respecto a los no enfermos. Entre los distintos grupos, además, parece ser el de diálisis el más afectado negativamente.

En cuanto a la búsqueda de apoyo, curiosamente, son los no enfermos los que valoran en mayor medida los consejos de otras personas (especialmente la familia) sobre sus problemas de salud. Los hipertensos y los enfermos de cáncer son los que consideran más necesarias las asociaciones de enfermos, mientras que los no enfermos las consideran mejores para buscar apoyo y los diabéticos para buscar información. La valoración más negativa de la asistencia sanitaria la dan diabéticos y no enfermos, mientras que son los enfermos de cáncer los que la valoran más positivamente. Por último, en cuanto a lo que hay que mejorar, son los no enfermos los que exigen más: humanización, más y mejor personal, avances técnicos y eliminación de la masificación (esto último junto con el grupo de hipertensión).

Otro apartado bastante amplio se refiere a las actividades de ocio y diversión, en las que se indaga sobre las actividades que se realizaban en la juventud, en los fines de semana, vacaciones, las que le gustaría hacer en su tiempo libre y las que ya no pueden realizar y consideran, por tanto, pérdidas. En cuanto a las pérdidas, son los no enfermos los que señalan más pérdidas que el resto de los grupos. Entre los grupos de enfermos, los dializados son los que parecen haber perdido más, señalando también en menor medida que cualquiera de los grupos la categoría *puede hacer lo mismo*. En el apartado de actividades que realizaba en la juventud no hay diferencias apreciables, mientras que en los fines de semana, los no enfermos realizan más actividades sociales extrafamiliares y menos actividades al aire libre que la mayoría de los grupos. En las actividades que realizan en vacaciones vuelven a diferenciarse, sobre todo, los no enfermos, señalando que trabajan o estudian en mayor medida que la mayoría de grupos, y que hacen lo mismo de siempre, en menor medida que el resto. Por último, en cuanto al tiempo libre, dos grupos parecen ser los polos opuestos. Mientras a los no enfermos les gustaría más acudir a eventos (culturales, deportivos,...) y viajar, el grupo de diálisis señala en mayor medida que no le gustaría hacer nada en especial o no tiene tiempo libre, y en menor medida que los demás realizar actividades sociales extrafamiliares.

En último lugar se consideraban las respuestas dadas a una pregunta general en la que se pedía que detallaran aquellos problemas que consideraban más importantes. De los datos obtenidos en este apartado se extraen dos conclusiones principales. Por un lado, que los no enfermos se diferencian claramente de los grupos de enfermos señalando como más importantes problemas familiares, económicos, de ansiedad o depresivos, mientras que los enfermos señalan como más importante la enfermedad. Por otro lado, parece ser

el grupo de cáncer el más preocupado por la medicación y por su enfermedad de cara al futuro.

Todos estos resultados respecto a las comparaciones intergrupo venían a confirmar el segundo bloque de hipótesis, referido básicamente a las diferencias entre los grupos. En efecto, se comprueba que existe mayor volumen de diferencias entre sanos y enfermos que entre los distintos grupos de enfermos entre sí. Aún así, se aprecia una cierta especificidad en cuanto a los problemas referidos por cada grupo, donde además se comprueba que la gravedad del diagnóstico es una variable moduladora a tener en cuenta.

### 8.3. PODER DISCRIMINANTE DE LOS FACTORES DE CALIDAD DE VIDA

Se llevaron a cabo también análisis discriminantes para comprobar el poder que los factores de calidad de vida tenían a la hora de discriminar entre enfermos y no enfermos y entre los distintos grupos diagnósticos.

El primer análisis comparó enfermos con no enfermos y los porcentajes de clasificaciones correctas son bastante altos para ambos grupos, por lo que se pueden clasificar correctamente más del 80% de las personas que constituyen la muestra, sólo en base a estas variables. La función estaba compuesta por los factores: 1 (*Necesidad de más personal sanitario, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen*), 3 (*Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente*), 5 (*Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos*), 6 (*Actividades aire libre en juventud y en vacaciones con cambio de rutina*), 7 (*Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral no realizando su actividad habitual*) y 9 (*No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias y antes de ir al médico consulta con otras personas, especialmente familiares*). Salvo en el factor 1 y en el 9, en los restantes, el grupo de enfermos puntúa más que los no enfermos.

En segundo lugar se procedió a realizar otro análisis discriminante pero, en este caso, entre los distintos grupos de enfermos más el de no enfermos. Se obtuvieron cuatro funciones discriminantes de las que dos eran significativas.

En cuanto a los porcentajes de clasificaciones correctas, el total es bastante elevado (50.51%), aunque no son similares para cada uno de los grupos. Hay que destacar el alto porcentaje de casos bien clasificados para el grupo de no enfermos (73.5%) muy superior a los del resto. Por otro lado, hay dos grupos en que la clasificación es muy pobre. Es el caso de nefropatías, que se clasifica pésimamente dentro de su propia categoría, mientras que lo hace con porcentajes altos dentro de hipertensión y de diabetes. El otro grupo es el de diabetes que, aunque no se clasifica del todo mal en su propio grupo obtiene el mismo porcentaje de clasificaciones correctas para el de hipertensión. En ausencia de

datos acerca de comorbilidad, estos resultados tienen sentido en función de la clínica médica.

En vista de los resultados de los anteriores análisis discriminantes, era interesante incluir una variable que pueda estar influyendo en estos resultados como es, la gravedad de la enfermedad, o más concretamente, la amenaza de muerte y la agresividad de los tratamientos que cada enfermedad presenta. La muestra quedó constituida por tres grupos, que ordenados de mayor a menor gravedad serían: a) diálisis y cáncer; b) diabetes, nefropatías, hipertensión y trasplante; c) y, por último, no enfermos.

Con estos tres grupos se procedió a realizar otro análisis discriminante obteniéndose dos funciones discriminantes, ambas significativas. Los porcentajes de clasificación son de nuevo altos, siendo el grupo de no enfermos el que se clasifica de manera más clara (83.5%). En cuanto a los dos de enfermos, también aparecen bien clasificados (67.3% diálisis y cáncer y 60.5% diabetes, nefropatías, hipertensión y trasplante), por lo que parece que la gravedad de la enfermedad, entendida aquí como amenaza de muerte y tratamientos más agresivos, es una variable que va a influir en la calidad de vida de los enfermos.

Teniendo en cuenta las medias vemos que el patrón de diferencias entre los grupos para cada factor es diferente. Así, en los factores 3 (*Valoración positiva de la sanidad, bondad de asociaciones de enfermos para buscar información, sedentarismo en juventud, no tiene problemas familiares, no consulta a amigos problemas médicos y no ha tenido problemas sexuales anteriormente*) y 7 (*Problemas económicos, disgusto por actividades sociales y al aire libre, e inestabilidad laboral no realizando su actividad habitual*) la puntuación aumenta cuanto más grave es la enfermedad, mientras que en el 9 (*No hay necesidad de mejorar las condiciones estructurales sanitarias y antes de ir al médico consulta con otras personas especialmente familiares*) ocurre al contrario. En el factor 1 (*Necesidad de más personal sanitario, pérdida de actividades sociales, ha ganado amigos, va al médico por problemas leves y no por revisión y no sigue un régimen*), el grupo más grave obtiene la puntuación intermedia, puntuando más que diabetes, nefropatías, hipertensión y trasplante pero menos que no enfermos. En el 2 (*No puede hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, y mayor dificultad para conocer gente*), se unen los dos grupos menos graves puntuando menos que diálisis y cáncer, mientras que en el 5 (*Sedentarismo en vacaciones y fines de semana, relaciones sociales menos intensas, e importancia de la enfermedad y no de los problemas laborales o económicos*), los grupos de enfermos puntúan más que no enfermos.

#### **8.4. INFLUENCIA DE PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA GENERAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA**

Una de las hipótesis que se había planteado se refería a la existencia de relaciones entre calidad de vida y personalidad, afrontamiento y sintomatología general. Una manera de comprobarlo es a través de análisis multivariados de varianza (MANOVA). Con ellos podríamos constatar si estas variables tienen un efecto directo sobre las diferencias apreciadas entre los grupos.



En primer lugar, se realizaron análisis entre los enfermos frente a los no enfermos. Sólo se dio efecto de los covariados en el factor 2 (*No puede hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, mayor dificultad para conocer gente*), siendo, sobre todo, los factores *Neuroticismo*, MOTEX2 (*Inhibición ante estrés y ansiedad perturbadora*) y LOCUS1 (*Control externo (hados y suerte) en resultados de acciones con componentes depresivos y miedo a novedad*) y los dos de sintomatología general los que anulan las diferencias significativas existentes entre los dos grupos.

Entre los distintos grupos diagnósticos y los no enfermos no se da efecto de los covariados en ninguno de los factores, manteniéndose las diferencias que aparecían al principio entre los distintos grupos (en siete de los nueve factores).

Estos datos parecen señalar una escasa influencia de los factores de personalidad y afrontamiento sobre las diferencias entre los grupos en calidad de vida, aunque no podemos negar la existencia de cierta conexión entre ellos.

Posteriormente, se llevó a cabo otro tipo de comprobación de la relación que los factores de personalidad tienen con calidad de vida realizando un análisis factorial de ambos conjuntamente. Se aplicó el método de componentes principales y con rotación varimax. Se incluyeron en el análisis los factores de segundo orden de calidad de vida, los temperamentales (extraversión y neuroticismo), los de personalidad de consolidación intermedia (motivación extrema y locus de control), los de afrontamiento, y los de sintomatología general que se habían factorizado independientemente del resto de áreas de calidad de vida. Se realizaron factoriales por separado para enfermos y para no enfermos, y luego otros con toda la muestra conjuntamente.

Para los enfermos, no parece haber relaciones especialmente relevantes entre los factores de calidad de vida y los de personalidad. Se obtuvieron 7 factores que explican el 58,7% de la varianza. Los factores de calidad de vida no tienden a agruparse con los de personalidad, ya que de los ocho sólo dos aparecen junto a factores de calidad de vida: *Neuroticismo e Inhibición ante estrés y ansiedad perturbadora* (del cuestionario MOTEX). Sin embargo no ocurre lo mismo con afrontamiento y sintomatología. Los dos factores de sintomatología genérica (*Ansiedad y depresión* y *Problemas circulatorios y digestivos con alteraciones del sueño*) y dos de afrontamiento (*Desesperación e inconformismo* y *Negación de gravedad con inculpación a familia*) aparecen junto a los de calidad de vida en dos factores de tercer orden.

En el caso de los no enfermos se obtienen 8 factores que explican el 64,3% de la varianza, observándose más claramente que en el caso anterior la separación entre factores de calidad de vida y el resto. Efectivamente, en este grupo sólo dos factores de calidad de vida aparecen junto con otros de personalidad, afrontamiento y sintomatología, y esto con saturaciones no demasiado altas.

Del análisis factorial con enfermos y no enfermos conjuntamente, se extrajeron 7 factores que explicaban el 60,1% de la varianza. La solución obtenida

---

es muy similar a la del grupo de enfermos, siendo otra vez muy pocos los factores de personalidad que aparecen junto a los de calidad de vida.

Por último, quisimos comprobar si los factores de personalidad, afrontamiento y sintomatología general aportaban algo en poder diferencial (entre los distintos grupos) comparado con lo que ya se había constatado con los factores de calidad de vida únicamente. Esto se podría llevar a cabo comparando los discriminantes hechos sólo en base a los factores de segundo orden de calidad de vida frente a los realizados con los factores conjuntos (calidad de vida junto a personalidad, afrontamiento y sintomatología general).

Entre enfermos y no enfermos lo más destacable es la escasa diferencia que existe entre los discriminantes con sólo calidad de vida frente a aquellos que además incluyen personalidad, afrontamiento y sintomatología general, puesto que aparecen prácticamente las mismas variables de calidad de vida aunque unidas a sintomatología, neuroticismo, introversión, motivación, locus de control y afrontamiento, sin que, estos factores incrementen apreciablemente los porcentajes de clasificaciones correctas. Esto nos llevaría a concluir que los factores de calidad de vida son capaces de discriminar entre enfermos y no enfermos, sin que la inclusión de otros de personalidad, afrontamiento o sintomatología general afecten dicha diferenciación (aunque la distribución del poder de clasificación se modifica sustancialmente entre los distintos tipos de variables).

El análisis discriminante entre los distintos grupos diagnósticos y no enfermos resulta más llamativo. Aquí, los factores que entran en la función discriminante, engloban a aquellos de calidad de vida que aparecen en el análisis con los factores de segundo orden, además de factores de neuroticismo, motivación, afrontamiento y sintomatología general. Igual que veíamos anteriormente, el porcentaje total de clasificaciones correctas es parecido al obtenido sólo con factores de calidad de vida, lo que parece ir en la misma línea que comentábamos anteriormente. Sin embargo, si nos fijamos en los porcentajes de cada grupo vemos que sí hay diferencias.

Por un lado, hay grupos que se siguen clasificando con porcentajes bastante altos en sus grupos correspondientes, como es el caso de diálisis y no enfermos. En el caso del grupo de hipertensión al incluir características de personalidad, el porcentaje de clasificaciones correctas desciende de manera apreciable. Igual ocurre con el grupo de cáncer, que pasa a identificarse con los grupos de hipertensión y diálisis. En los nefrópatas, al incluir junto a calidad de vida, personalidad, afrontamiento y sintomatología, no se identifican claramente dentro de un grupo determinado sino que se distribuyen prácticamente al azar entre los distintos grupos. En el caso de trasplante, al incluir estas variables, pasan a identificarse claramente con los enfermos sometidos a diálisis, mientras que los diabéticos lo hacen con los hipertensos.

También se compararon los discriminantes realizados con grupos formados en función de la gravedad del diagnóstico. En este caso el porcentaje total de casos bien clasificados desciende ligeramente, siendo este cambio más destacable en el grupo más grave (diálisis y cáncer). Curiosamente el grupo de no

enfermos tiene un comportamiento totalmente distinto, ya que al incluir las variables de personalidad, afrontamiento y sintomatología general, aumenta su porcentaje de clasificaciones correctas llegando al 90.3%. Que esto se deba a una mayor adecuación de los factores de personalidad en el caso de los no enfermos o a una estructura personal distinta en el grupo de enfermos no se debería concluir definitivamente aquí.

### **8.5 INFLUENCIA DE LAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS**

También queríamos poner a prueba el hecho de que las variables socio-demográficas puedan estar influyendo en la evaluación que la persona haga de su propia calidad de vida. Para ello se han llevado a cabo análisis multivariados de varianza utilizando las variables socio-demográficas como covariados.

En los análisis entre enfermos y no enfermos se dan diferencias entre los grupos en seis de los nueve factores, mientras que en dos de los nueve (en el 2 y 6), la interacción entre todos los covariados tiene influencia en la significación de dichas diferencias. En el 2 (*No puede hacer lo mismo, insatisfacción sexual, sale menos, mayor dificultad para conocer gente*), son el sexo, el estado civil y el nivel educativo los que parecen anular las diferencias entre los dos grupos, aunque su efecto no es muy elevado. En el factor 6 (*Actividades aire libre en juventud y en vacaciones con cambio de rutina*), al incluir los covariados aparecen diferencias significativas pero únicamente por la interacción, no se dan efectos individuales de cada variable.

Entre los distintos grupos diagnósticos y los no enfermos aparecen diferencias en los mismos factores que en el anterior análisis, dándose efecto de los covariados sólo en el factor 8 (*Gusto por sedentarismo y no por trabajar en tiempo libre*), anulando las diferencias que en principio aparecen entre los grupos. Este efecto es debido a la interacción de todos ellos ya que no aparece efecto individual de las variables por separado.

De estos análisis podemos concluir que las variables socio-demográficas no tienen un efecto significativo sobre las diferencias halladas entre los diferentes grupos en los factores de calidad de vida.

## **9. REFLEXIONES E IMPLICACIONES**

## 9. REFLEXIONES E IMPLICACIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo nos llevan a hacer algunas reflexiones tanto a nivel teórico como metodológico.

Siguiendo el orden ya establecido anteriormente, comenzamos por lo que se refiere a la estructura de la calidad de vida. Se ha podido comprobar la multidimensionalidad de calidad de vida, aunque se aprecian importantes diferencias entre la estructura obtenida aquí empíricamente y la que tradicionalmente y a nivel teórico han propuesto la mayoría de los autores. Esto viene a corroborar que la organización de la calidad de vida “en la mente del enfermo” no coincide con la que hay “en la mente del investigador”. Esto debe motivarnos para seguir realizando trabajos en esta línea, que permitan irnos acercando hacia un modelo teórico más claro, pero basándonos en los hallazgos empíricos.

Asimismo, hemos podido comprobar que la estructura de la calidad de vida para enfermos y no enfermos no parecen solaparse (al menos con las muestras con que hemos contado). Esto implica que la relación entre las distintas áreas de calidad de vida no son similares para ambos grupos, lo que podría ser un indicio de modificabilidad de esta estructura a causa de la aparición de la enfermedad. Pero este punto, evidentemente, no se puede afirmar desde estos datos, sino que serían necesarios estudios longitudinales para confirmar esta hipótesis. Aunque, desde aquí, se puede sugerir que los QALYS no representan una opción científicamente asentada en datos sino un recurso simplificador que traiciona la realidad observada.

\* \* \* \*

Por otro lado, los resultados obtenidos a través de los análisis bivariados realizados con todos los ítems de la entrevista, nos hace recapacitar sobre los acercamientos que definen y evalúan calidad de vida desde el punto de vista de déficit o de incapacitación objetiva. Como ya se ha comentado, estos resultados parecen ser más complejos y difícilmente explicables desde esta visión, puesto que si bien en determinados aspectos los enfermos presentan déficits, en otros parecen encontrarse “subjetivamente mejor” que los no enfermos (o al menos, así lo verbalizan).

Así, comprobamos que son los no enfermos los que más se quejan de sufrir problemas familiares, los que dicen sentirse más insatisfechos con sus respectivos trabajos o con la asistencia sanitaria, o señalan más pérdidas en ocio y diversión. Sin embargo, son los enfermos los que han tenido que abandonar forzosamente el trabajo habitual o han tenido una mayor movilidad en el mismo.

También, en el capítulo de pérdidas, los enfermos señalan sentir más la pérdida del trabajo o el estudio, mientras que los no enfermos echan en falta otro tipo de actividades más “lúdicas”. Junto a esto, al señalar el tipo de actividades que realizan en su tiempo de ocio (fines de semana, vacaciones, tiempo libre)

también se aprecian diferencias entre enfermos y no enfermos, predominando un cierto sedentarismo, apatía y sentimiento de rutina en los segundos.

Tienen interés, asimismo, las respuestas dadas en el área de valoración de los servicios sanitarios, puesto que son precisamente aquellos que menos los utilizan los que se muestran más descontentos y exigentes que los que tienen que hacer uso de ellos frecuentemente. Igualmente llama la atención que sean, en general, los no enfermos los que le dan más valor al consejo o apoyo de los demás, mientras que los enfermos consultan menos sus problemas de salud con otras personas y, en todo caso, consideran necesarias las asociaciones de enfermos para buscar información.

Esto nos puede llevar a pensar que hay un cambio de visión al pasar de no enfermo a un nuevo estado que implica el hecho de padecer una enfermedad crónica. Así, cuando se indaga por los problemas más importantes que tienen, los enfermos parecen estar centrados en la enfermedad y sus consecuencias, mientras que los no enfermos relatan una problemática más amplia que va desde problemas familiares o económicos hasta ansiedad o depresión. Esto último, reafirma esta focalización en la enfermedad cuando se pregunta de forma genérica, puesto que los grupos de enfermos aparecen con mayores puntuaciones en el área concreta referida a sintomatología general, y en concreto en el factor denominado *ansiedad y depresión*.

También hemos podido constatar que, si bien, tal como habíamos predicho, aparecen más diferencias entre enfermos y no enfermos que entre los distintos grupos diagnósticos entre sí, es evidente que no todos los grupos de enfermos se comportan de la misma manera. Hay algunos grupos que parecen más castigados por su enfermedad en el área física (sintomatología, restricciones), de relaciones sexuales o de pérdida de relaciones sociales, como son los casos de los grupos de cáncer y, especialmente, de diálisis. Mientras, en el otro lado del continuo, se situaría el grupo de trasplante, que parece apreciar notablemente la diferencia que supone pasar de ser un enfermo sometido a diálisis a ser un trasplantado renal. Efectivamente, estos factores discriminan claramente entre enfermos y no enfermos, y aún contando con varios grupos de enfermedad distintos, los no enfermos siguen diferenciándose claramente de los enfermos.

Por otro lado, dentro de los grupos de enfermedad, se aprecian comportamientos diferenciados. Mientras algunos grupos se clasifican claramente (diálisis, hipertensión) otros presentan límites más difusos (nefropatías, diabetes). Esto nos lleva a concluir, al menos tentativamente, que parece claro que los enfermos crónicos presentan, en bloque, diferencias significativas con respecto a los no enfermos, y que dentro de los distintos grupos de enfermos habría que analizar, además del diagnóstico principal, otro tipo de características que pueden estar afectando los resultados y que en parte pueden depender tanto de factores etiológicos como de comorbilidad, así como de revisión de crisis sintomatológicas (como en las nefropatías).

Una de las características relevantes también es la gravedad del diagnóstico, que aquí hemos definido como amenaza de muerte y/o agresividad de los tratamientos. Efectivamente, esta parece ser una característica que sí

puede influir en la evaluación de la calidad de vida, como demuestra el análisis discriminante realizado a tal efecto. Sin embargo, esta influencia no se corrobora ni para los factores de personalidad ni para las variables socio-demográficas.

En el caso de los factores de personalidad (tanto de consolidación básica como intermedia), hemos comprobado a partir del análisis factorial que no se superponen con los de calidad de vida y que incluso las relaciones que existen entre ellos son más bien escasas. Por lo que parece que la estructura personal y las vivencias de la propia calidad de vida son mundos relativamente independientes. No parece ocurrir lo mismo en el caso de las estrategias de afrontamiento y de la sintomatología general, ya que se dan diferencias entre enfermos y no enfermos, dado que en el primer grupo aparecen relaciones muy claras, mientras que en el segundo no lo son tanto. Parece que los tipos de estrategias de afrontamiento que se utilicen y la sintomatología que se detecta está relacionada con la evaluación que se hace de la calidad de vida percibida para los enfermos pero no tanto para los no enfermos.

Estos resultados son apoyados por los obtenidos al comparar los análisis discriminantes con sólo los factores de calidad de vida frente a los que aparecían junto a los de personalidad. Incluir variables de personalidad, afrontamiento y sintomatología general no parece afectar el poder discriminativo que la calidad de vida por sí sola tiene a la hora de diferenciar, sobre todo, entre enfermos y no enfermos, aunque los factores de personalidad completan y dan significación funcional a algunos de los factores de calidad de vida.

Por lo que respecta a las variables socio-demográficas hay que resaltar la poca influencia que parecen tener sobre las diferencias existentes entre los grupos en calidad de vida y en factores de personalidad, afrontamiento y sintomatología. Esto pondría en tela de juicio los argumentos que señalan que dichas características pueden influir en la concepción y evaluación que las personas hagan de su propia calidad de vida. Parece que factores de afrontamiento y sintomatología general, así como características como la gravedad de la enfermedad, tienen una mayor influencia sobre los juicios sobre calidad de vida.

Esto no agota ni mucho menos el campo de las variables que puedan afectar la evaluación de la calidad de vida, y habría que seguir indagando sobre aquellos "parámetros" que puedan estar influyendo.

\* \* \* \*

Otro aspecto se refiere a los denominados patrones de conducta tipo A y tipo C. Aunque no ha sido el objetivo de este trabajo comprobar hipótesis referidas a la existencia o no de dichos patrones, algunos resultados obtenidos sí plantean alguna contradicción con ellos.

Esto lo encontramos al comparar el análisis discriminante con sólo los factores de calidad de vida frente al que, además, incluye personalidad. Vemos que el grupo de hipertensión presenta un descenso apreciable del porcentaje de clasificaciones correctas en el segundo caso, lo que parece contradecir la hipótesis de una "personalidad" del hipertenso. Ocurre lo mismo con el grupo de

cáncer ya que parece desdibujarse como tal cuando se incluyen los factores de personalidad, puesto que pasa a identificarse con los grupos de hipertensión y diálisis, lo cual tampoco apoyaría la que se ha dado en llamar personalidad tipo C o del enfermo de cáncer.

Tampoco parece confirmar esto último el hecho de que en el factor de sintomatología general *ansiedad y depresión*, el grupo de cáncer no obtiene puntuaciones más altas que otros grupos de enfermos, cuando, como hemos podido ver en capítulos anteriores, una de las variables que más se ha estudiado en relación con el enfermo de cáncer es la presencia de depresión y un posible papel etiológico.

\* \* \* \*

Un punto más es necesario traer a colación aquí y hace referencia a uno de los problemas básicos que existen a la hora de llevar a cabo una u otra estrategia de evaluación de la calidad de vida. Se presentan dos opciones: o calificación por parte de evaluadores externos (facultativos, familiares) o bien calificación subjetiva (la propia estimación del enfermo). A partir de algunos de los resultados que hemos encontrado parece que ambos acercamientos deberían ser tomados en consideración. Al incrementar la tipología de condiciones médicas y compararlas con grupos de no enfermos parece que los grupos de enfermos tienden a reorganizar su vida de acuerdo con sus posibilidades “realistas” de actuación; y algo similar sucede en el caso de los no enfermos. De ahí que en algunos casos se dé la paradoja de que algunos “enfermos” perciben su propia calidad de vida como algo mejor que los no enfermos.

Podría pensarse (aunque con más problemas de ajuste a los datos) que los tratamientos que reciben la mayoría de los grupos de enfermos no deterioran su calidad de vida, antes bien, llegue a “mejorarla”. Esta explicación, sin embargo, no puede contrastarse con los resultados y metodología que hemos utilizado nosotros.

\* \* \* \*

Resultaría difícil explicar estos resultados en base a los modelos de funcionamiento personal “clásicos” o incluso los encuadrados dentro de mundo de la salud. Efectivamente se han encontrado resultados previsibles y predecibles y otros no tanto y que difícilmente pueden ajustarse a los modelos al uso que hemos comentado.

Sin embargo esta relativa complejidad sí que creemos podría plasmarse en un modelo también complejo y que se aleja de los modelos lineales de corte tradicional. Hablamos del modelo de parámetros de Pelechano (1973, 1996, 2000). Este modelo entiende al ser humano como un conjunto de sistemas funcionales, en el que se encuentran constantes, variables y parámetros. En estos últimos se diferencian tres tipos de parámetros: de estímulo, de respuesta y de persona. En cuanto a la relación entre los distintos elementos, hay que decir que el modelo parte de un supuesto de interacción generalizada entre ellos aunque no



siempre se propone su solapación funcional (de hecho, se impone una relativa independencia).

Dentro del modelo se supone que un constructo se puede definir desde dos puntos de vista. Por un lado, por los elementos teóricos, repercusiones funcionales y su ubicación en una red nomológica de otros conceptos para formar un modelo general del funcionamiento personal. Por otro lado, por el grado de estabilidad y consistencia en el que se haya elaborado y conceptualizado.

Atendiendo al primer punto de vista, apuntaríamos que la calidad de vida se presenta claramente como un concepto multidimensional, abarcando distintas áreas de la vida, distintos contextos y con una escasa tendencia al agrupamiento.

En este sentido, situaríamos al constructo de calidad de vida como un producto, en primer lugar, y de manera más cercana, de los *contextos de vida*, que incluirían desde aspectos relacionados con contextos concretos como el trabajo, la familia o el ocio. También estaría directamente influida por las situaciones concretas que el individuo enfrenta, como pueden ser tareas específicas, experiencia biográfica, o conflictos interpersonales.

En ambos casos esta influencia sería bidireccional. Es decir, que la propia apreciación de la calidad de vida también hace que evaluemos nuestros *contextos de vida* y *situaciones concretas* de una manera determinada. Aquí juegan un papel importante los procesos de aprendizaje, que no sólo nos “enseñan” desde nuestra propia experiencia (situaciones concretas) sino también de la del *mundo social, cultural e institucional*. Recordemos lo que decíamos al describir cada uno de los grupos de enfermos, al señalar que las creencias de la sociedad con respecto a una determinada enfermedad tienen una gran relevancia. Pensemos por ejemplo, en la “mala prensa” del cáncer, cuando hace ya algunos años que es difícil hablar de esta enfermedad como tal, sino que se trata de muchas, con muy diferentes pronósticos en función de varios indicadores (estadío, localización, etc.). Sin embargo, está muy arraigado en nuestra sociedad occidental el estigma de enfermedad mortal. Como hemos podido comprobar, este grupo, aparece como uno de los más que verbalizan encontrarse en una peor situación a nivel general.

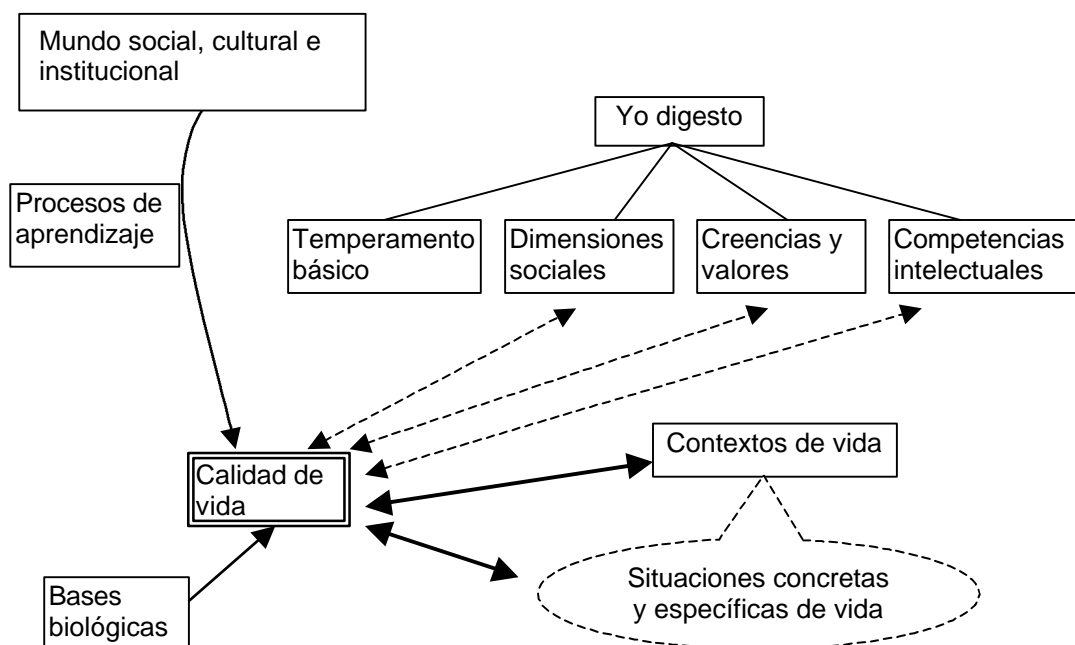
En este mismo sentido es reseñable también, el hecho de que la enfermedad aparezca como una situación concreta que provoca un replanteamiento acerca de las vivencias en las distintas áreas de nuestra vida e incluso en nuestro afrontamiento ante los problemas. Esto se refleja en el hecho de que en muchos aspectos de la vida los no enfermos dicen encontrarse comparativamente peor.

Según el segundo punto de vista que señalábamos anteriormente, apuntaríamos a que la calidad de vida es un concepto situado a un nivel de consolidación intermedio-situacional, lo que lo convierte en relativamente mudable. Eso podría explicar, por ejemplo, el hecho de que existan más diferencias entre sanos y enfermos que entre los distintos grupos de enfermos entre sí, o que el grupo de trasplante (que ha experimentado mejoría con respecto a su situación anterior) sea el que más se diferencie del resto (incluso que esté comparativamente mejor que los no enfermos).

Otro argumento podría ir también en apoyo de esta idea. Como se señala en el modelo de parámetros, las relaciones entre los instrumentos de evaluación que midan diferencias de nivel pueden presentar relaciones positivas pero no muy intensas. Podríamos argumentar tentativamente que el hecho de que los compromisos de la calidad de vida con los factores de personalidad de consolidación básica sean escasos, no indicaría que ambos no tuvieran relación (puesto que a la base del modelo está la existencia de un yo integrador) sino que podría suceder que nuestra operacionalización de calidad de vida estuviera a un nivel más intermedio-situacional, con lo que estaríamos haciendo un ejercicio de generalización más que de predicción.

Habría que reseñar también algo con respecto a los parámetros de respuesta. Hemos utilizado en el presente trabajo, por un lado, una entrevista de calidad de vida de respuesta abierta, en su mayor parte, y por otro, una serie de cuestionarios (de personalidad a distinto nivel de consolidación y contextualización) con escalas de respuestas tipo Likert (de 4 alternativas) y de elección forzosa (sí-no). Teniendo en cuenta el modelo en el que nos hemos situado, parece lógico pensar que este hecho también pueda interferir en las posibles relaciones que pudiera haber entre los factores hallados a partir de unas y otras pruebas.

En la siguiente figura se presenta un esquema<sup>15</sup> en el que se incluye la calidad de vida ubicándola en relación al resto de dimensiones que actualmente comprende el sistema de persona dentro del modelo de parámetros. Se señalan con líneas discontinuas, aquellas que aunque no evaluadas aquí podrían influir en la valoración de la calidad de vida.



<sup>15</sup> Dicho esquema toma como base el que el autor presenta en la publicación *Psicología sistemática de la personalidad* (Pelechano, 2000).

---

\* \* \* \*

Finalmente hay que decir que hemos intentado ofrecer la lógica de construcción y validación parcial de un instrumento complejo sobre calidad de vida en enfermedades crónicas. Y para esto ha sido necesario llevar a cabo un análisis complejo de respuestas y categorías, junto a un intento de cuantificación. Aquí hemos de decir que hemos intentado ofrecer e integrar una parte considerable de datos; pero no son todos los recogidos y, posiblemente en el futuro se sigan presentando resultados y conclusiones sobre lo que han respondido los familiares. Sin embargo, pensamos también que el paso que con mayor o menor fortuna hemos realizado era necesario tanto para apuntar hipótesis, contrastar algunos modos de pensamiento frecuentes en la bibliografía y señalar, asimismo, algunas vías “nuevas”.

En definitiva, en este trabajo hemos pretendido aportar una visión un poco más compleja conceptual y metodológicamente de lo que normalmente se ha hecho sobre la calidad de vida en enfermos y no enfermos. Se han obtenido algunos resultados novedosos, pero sobre todo pensamos que puede resultar enriquecedor en la medida que supone un punto de partida para posteriores investigaciones que sigan perfilando este “complejo mundo”, de cara a poder entender un poco mejor qué significa y cómo llegar a ese *completo estado de bienestar físico, mental y social*, que la OMS lanzaba como reto en 1948.

**CUADRO RESUMEN DEL GRADO DE CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS GENERALES PLANTEADAS**

<b>HIPÓTESIS</b>	<b>CONTRASTACIÓN</b>
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	
I. Sería factible generar unos instrumentos multidimensionales sobre percepción de calidad de vida y validar esta multidimensionalidad siguiendo los cánones usuales al respecto en metodología científica.	Si
II.a. Existiría un mayor volumen de diferencias entre “sanos” adultos y enfermos crónicos que entre los distintos grupos de enfermos crónicos, por lo que se refiere a la calidad de vida percibida.	Si
II.b. Los recursos “sociales” de apoyo social deberían ser más apreciados y utilizados por los enfermos que por los no enfermos. Además debería poderse ofrecer una gradación de preferencias por tipos de enfermedad.	Parcial
II.c. En cuanto a los problemas que verbalizan los enfermos, habría una cierta especificidad en función del tipo de enfermedad, aunque no de forma generalizada, mientras que los enfermos mostrarían menos tipos y/o volumen de problemas que los no enfermos.	Parcial
II.d. La connotación sobre la “amenaza de muerte” presente en determinadas enfermedades, incidiría sobre los aspectos más relevantes pero no sobre todos los que cubre la multidimensionalidad de “calidad de vida”.	Si
<b>CALIDAD DE VIDA, AFRONTAMIENTO Y PERSONALIDAD</b>	
III. Las variables de calidad de vida tendrían relaciones con características de personalidad tradicionalmente estudiadas.	Parcial
IV. Las estrategias de afrontamiento usadas ante situaciones de crisis, como una enfermedad, modularían las diferencias encontradas en calidad de vida.	Si
<b>CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS</b>	
V. Las diferencias en variables de identificación socio-demográfica, tales como edad, sexo, etc., no invalidarían las diferencias encontradas entre los distintos grupos diagnósticos en calidad de vida.	Si

## **10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AARONSON, N.K. (1988a).- Quantitative issues in health-related quality of life assessment. *Health Policy*, 10, 217-230.
- AARONSON, N.K. (1988b).- Quality of life: What is it? How should it be measured?. *Oncology*, 2 (5), 11-16.
- AARONSON, N.K., CALAIS DE SILVA, F., YOSHIDA, O., VAN DAM, F.S., FOSSA, S.D., MIYAKAWA, M., RAGHAVAN, D., RIEDL, H., ROBINSON, M.R.G., y WORDEN, J.W. (1986).- Quality of life assessment in bladder cancer clinical trials: conceptual, methodological and practical issues. *Progress in Clinical and Biological Research*, 22, 149-170.
- AARONSON, N.K., VAN DAM, F.S.A.M., POLAK, C.E. y ZITTOUN, R. (1986) .- Prospects and problems in European psychosocial oncology: a survey of the EORTC Study Group on Quality of Life. *Journal of Psychosocial Oncology*, 4, 43-53.
- AARONSON, N.K., BULLINGER, M. y AHMEDZAI, S. (1988).- A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results in Cancer Research*, 111, 231-249.
- AHERN, D.K., GORKIN, L., ANDERSON, J.L. y cols. (1990).- Biobehavioral variables and mortality or cardiac arrest in the Cardiac Arrhythmia Pilot Study (CAPS). *American Journal of Cardiology*, 66, 59-62.
- AIKENS, J.E., WALLANDER, J.L., BELL, D.S.H. y COLE, J.A. (1992).- Daily stress variability, learned resourcefulness, regimen adherence and metabolic control in type I diabetes mellitus: evaluation of a path model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 113-118.
- ALEXANDER, F. (1950).- *Psychosomatic medicine*. Norton, Nueva York.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (1985).- *Cancer facts and figures*. American Cancer Society, Nueva York.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (1992).- *Cancer facts and figures- 1992*. American Cancer Society, Nueva York.
- AMLER, R.W. y DOLL, H.B. (1987).- *Closing the gap: the burden of unnecessary illness*. Oxford University Press, Nueva York.
- ANDERSEN, B.L. y HACKER, N.F. (1983).- Treatment for gynecologic cancer: a review of the effects on female sexuality. *Health Psychology*, 2, 203-221.
- ANDREWS, F.M. (1981).- *Subjective social indicators, objective social indicators and social accounting systems*. Academic Press, Nueva York.
- ANDREWS, F.M. y WITHEY, S.B. (1976).- *Social indicators of well-being: americans' perceptions of life quality*. Plenum Press, Nueva York.

- ANDRYKOWSKI, M.A. y GREGG, M.E. (1992).- The role of psychological variables in postchemotherapy nausea: anxiety and expectation. *Psychosomatic Medicine*, 54 (1), 48-58.
- ANNAS, G.J. (1990).- Quality of life in the courts: early spring in fantasyland. En J.J. WALTER y T.A. SHANNON (eds.).- *Quality of life: the new medical dilemma*. Paulist Press, Nueva York.
- ANTEQUERA, R., BORDA, M., OCAÑA, M.L. y BLANCO, A. (1997).- Personalidad y calidad de vida en pacientes con infarto de miocardio. *Análisis y Modificación de Conducta*, 90, 455-471.
- APPLE, D. (1960).- How laymen define illness. *Journal of Health and Human Behavior*, 1, 219-255.
- ARGYLE, M., MARTIN, M. y CROSSLAND, J. (1989).- Happiness as a function of personality and social encounters. En J.P. FORGAS y J.M. INNES (eds.).- *Recent advances in social psychology*. Elsevier, Holanda.
- ARNOLD, S.B. (1991).- Measurement of quality of life in the frail elderly. En J.E. BIRREN, J.E. LUBBEN, J.C. ROWE y D.E. DEUTCHMAN (eds.).- *Quality of life in the frail elderly*. Academic Press, INC., San Diego, California.
- BAREFOOT, J.C., DODGE, K.A., PETERSON, B.L., DAHLSTROM, W.G. y WILLIAMS, R.B. (1989).- The Cook-Medley hostility scale: item content and ability to predict survival. *Psychosomatic Medicine*, 51, 46-57.
- BARSHAK, E. (1951).- A study of happiness and unhappiness in the childhood and adolescence of girls in different cultures. *Journal of Psychology*, 32, 173-215.
- BAUMAN, B.O. (1961).- Diversities in conceptions of health and physical fitness. *Journal of Health and Human Behavior*, 3, 39-46.
- BELLOCH, A. (1996).- Mentes y cuerpos: amores, desamores y renunciadas. En V. PELECHANO (dir.).- *Psicología clínica y/o psicología de la salud*. Promolibro, Valencia.
- BENTHAM (1834/1983).- *Deontology*. Clarendon Press, Oxford.
- BERKMAN, L.F. y L., BRESLOW (1983).- *Health and ways of living: findings from the Alameda County Study*. Oxford University Press, Nueva York.
- BERG, R.L., HALLAUER, D.S. y BERK, N. (1976).- Neglected aspects of quality of life. *Health Services Research*, 11, 391-395.
- BERGNER, M., BOBBIT, R.A., POLARD, W.E. y cols. (1976).- The Sickness Impact Profile: validation of a health status measure. *Medical Care*, 14, 57-67.
- BERGNER, M., BOBBIT, R.A., CARTER, W.B. y cols. (1981).- The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.

- BERTALANFFY, L. (1968).- *General systems theory*. Braziller, Nueva York.
- BINIK, Y.M., DEVINS, G.M. y ORME, C.M. (1989).- Psychological stress and coping in end-stage renal disease. En R.W.J. NEUFELD (ed.).- *Advancers in the investigation of psychological stress*. J. Wiley & Sons, Nueva York.
- BIONDI, M. (1985).- Psychosomatic illness. En R.M. KAPLAN & M.H. CRIQUI (eds.).- *Behavioral epidemiology and disease prevention*. Plenum, Nueva York.
- BIRK, L. (1973).- *Biofeedback: Behavioral Medicine*. Grune & Stratton, Nueva York.
- BLACKLEDGE, G. y LAWTON, F. (1992).- The ethics and practical problems of phase I and II studies. En C.J. WILLIAMS (ed.).- *Introducing new treatments for cancer: practical, ethical and legal problems*. John Wiley, Chichester.
- BLAZER, D. (1982).- Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.
- BLOOM, J.R. (1987).- Psychological response to mastectomy. *Cancer*, 59, 189-196.
- B.O.E. (1986).- *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, nº 102, 15207-15224.
- BOER, H., ELVING, W.J.L. y SEYDEL, E.R. (1998).- Psychosocial factors and mental health in cancer patients: Opportunities for health promotion. *Psychology, Health & Medicine*, 3(1), 71-79.
- BOMBARDIER, C.H., D'AMICO y JORDAN, J.S. (1990).- The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behavior Research and Therapy*, 28, 297-304.
- BORKENAU, P. y OSTENDORF, F. (1990).- Comparing exploratory and confirmatory factor analysis: a study on the 5-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 11, 515-524.
- BORRÀS, F. X. (1992).- Factores psicológicos, sistema inmune y estrés. *Revista de Psicología de la Salud*, 4 (2), 29-58.
- BOWLING, A. (1991).- *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Open University Press, Milton Keynes.
- BOWLING, A.(1995).- *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- BRADBURN, N.M. (1969).- *The structure of psychological well-being*. Aldine, Chicago, IL.
- BRADLEY, C., TODD, C., GORTON, T., SYMONDS, E., MARTIN, A. y PLOWRIGHT, E. (1999).- The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life:



- The ADDQoL. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 8(1-2), 79-91.
- BREMER, B.A., McCAULEY, C.R., WRONA, R.M. y cols. (1989).- Quality of life in end-stage renal disease: a reexamination. *American Journal of Kidney Disease*, 13, 200-209.
- BROCK, D. (1993).- Quality of life measures in health care and medical ethics. En M. NUSSBAUM y A. SEN (eds.).- *The quality of life*. Clarendon Press, Oxford.
- BROOK, R.H., LOHR, K.N., BERMAN, D.M. y cols. (1981).- *Conceptualisation and Measurement of Health for Adults, Vol. 7: Diabetes Mellitus*. Rand Corporation, Santa Monica, CA.
- BROWN, J.D., y SIEGEL, J.M. (1988).- Exercise as a buffer of life stress: a positive life events produce negative health consequences. *Health Psychology*, 7, 341-353.
- BURISH, T.G. y JENKINS, R.A. (1992).- Effectiveness of biofeedback and relaxation training in reducing the side effects of cancer chemotherapy. *Health Psychology*, 11 (1), 17-23.
- BURTON, H.J., KLINE, S.A., LINDSAY, R.M. y cols. (1986).- The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 261-269.
- BYRNE, M. (1992).- Cancer chemotherapy and quality of life. *British Medical Journal*, 304, 1532-3.
- CAMPBELL, A., CONVERSE, P.E. y RODGERS, W.L. (1976).- *The quality of american life: perception, evaluation and satisfaction*. Russell-Sage, Nueva York.
- CAMPESE, V.M. y LIU, C.L. (1990).- Sexual dysfunction in uremia. En G. D'AMIGO y G COLASANI (eds.).- *Psychological and physiological aspects of chronic renal failure*. Karger, Basilea.
- CAREY, M.P. y BURISH, T.G. (1988).- Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: a critical review and discussion. *Psychological Bulletin*, 104, 307-325.
- CARVER, C.S., SCHEIER, M.F. y WEINTRAUB, J.K. (1989).- Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- CASSILETH, B.R., LUSK, E.J., STROUSE, T.B., MILLER, D.S., BROWN, L.L., CROSS, P.A. (1985).- A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*, 55, 72-76.

- 
- CHAMBERS, L.W. (1988).- The McMaster Health Index Questionnaire. An update. En S.R. WALKER y R. ROSSER (eds.).- *Quality of life: assessment and applications*. MTP Press, Londres.
- CHAMBERS, L.W., MCDONALD, L.A., TUGWELL, P. y cols. (1982).- The McMaster Health Index Questionnaire as a measure of quality of life for patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 9, 780-784.
- CHAPPEL, N.L. (1991).- The role of family and friends in quality of life. En J.E. BIRREN, J.E. LUBBEN, J.C. ROWE y D.E. DEUTCHMAN (eds.).- *Quality of life in the frail elderly*. Academic Press, INC., San Diego, California.
- CHURCH, A.T. y BURKE, P.J. (1994).- Exploratory and confirmatory tests of the big five and Tellegen's three- and four-dimensional model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1, 93-114.
- CHURCHILL, D.N., WALLCE, J.E., LUDWIN, D. y cols. (1991).- A comparison of evaluative indices of quality of life and cognitive function in hemodialysis patients. *Controlled clinical trials*, 12, 159S-167S.
- CHRVALA, C.A. y WEINER, A.W. (1989).- Need and availability of social support for the cancer patient. Comunicación presentada en la reunión anual de la *Western Psychological Association*, Reno, NV.
- CHRISTENSEN, A.J., EHLERS, S.L., RAICHLE, K.A., BERTOLATUS, J.A., LAWTON, W.J. (2000).- Predicting change in depression following renal transplantation: Effect of patient coping preferences. *Health Psychology*, 19(4), 348-353.
- COATES, A.S., GEBSKI, V., BISHOP, J.F. y cols. (1987).- Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 317, 1490-1495.
- COBB, S. (1976).- Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- COHEN, S., EVANS, G.W., KRANTZ, D.S. y STOKOLS, D. (1980).- Physiological, motivational and cognitive effects of aircraft noise on children. *American Psychologist*, Marzo, 231-243.
- COHEN, S. y SYME, S.L. (1985).- *Social support and health*. Academic Press, San Francisco.
- COSTA, P.T. y McCRAE, R.R. (1987).- Neuroticism, somatic complaints and disease: is the back worse than the bite?. *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- COSTA, P.T., ZONDERMAN, A.B., ENGEL, B.T., BAILE, W.F., BRIMLOW, D.L. y BRINKER, J. (1985).- The relation of chest pain symptoms to angiographic of coronary artery stenosis and neuroticism. *Psychosomatic Medicine*, 47 (3), 285-293.

- 
- COX, B.D., BLAXTER, M., BUCKLE, A.L.J. y cols. (1987).- *The Health and Lifestyle Survey*. Health Promotion Research Trust, Londres.
- CRAVEN, J.LL., RODIN, G.M., JOHNSON, L. y cols. (1987).- The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosomatic Medicine*, 49, 482-492.
- CROOG, S.H., LEVINE, S. TESTA, M.A. y cols. (1986).- The effects of antihypertensive therapy on quality of life. *New England Journal of Medicine*, 314, 1657-64.
- CUMMINGS, K., BECKER, M., KIRSCH, J. y LEVIN, N. (1981).- Intervention strategies to improve compliance with medical regimens by ambulatory hemodialysis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 111-128.
- DAVIDSON, D.M. (1983).- Return to work after cardiac events: a review. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 3, 60-69.
- DAWBER, T.R. (1980).- *The Framingham Study: the epidemiology of atherosclerotic disease*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- DE BOER, A.G.E.M., SPRUIJT, R.J., SPREANGERS, M.A.G. y DE HAES, J.C.J.M. (1998).- Disease-specific quality of life: Is it one construct?. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 7(2), 135-142.
- DE HAESS, J.C.J.M. y VAN KNIPPENBERG, F.C.E. (1985).- The quality of life cancer patients: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 20 (8), 809-817.
- DEVER, G.E. (1976).- An epidemiological model for health analysis. *Social Indicators Research*, 2, 465.
- DEVESA, S.S. y SCHNEIDERMAN, M.A. (1977).- Increase in the number of cancer deaths in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 106, 1-5.
- DEVINS, G.M., MANN, J., MANDIN, H. y cols. (1990).- Psychosocial predictor of survival in end-stage renal disease. *J. Nerv. Ment. Dis.* 178, 127-133.
- DEVITA, V.T. y KERSHNER, L.M. (1980).- Cancer, the curable disease. *American Pharmacy*, Abril.
- D'HOUTARD, A. y FIELD, M.G. (1984).- The image of health: variations in perception by social class in a french population. *Sociology of Health and Illness*, 6, 40-59.
- D'HOUTARD, A., FIELD, M.G., TAX, B. y GUEGUEN, R. (1990).- Representations of health in two western european populations. *International Journal of Health Sciences*, 1-4, 243-55.
- DOLL, R. y PETO, R. (1981).- *The causes of cancer*. Oxford University Press, Nueva York.

- DONOVAN, K., SANSON-FISHER, R.W. y REDMAN, S. (1989).- Measuring quality of life in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 7, 959-969.
- DUNBAR, F. (1943).- *Psychosomatic diagnosis*. Hoeber, Nueva York.
- DUNBAR-JACOB, J., DWYER, K. y DUNNING, E.J. (1991).- Compliance with antihypertensive regimen: a review of the research in the 1980s. *Annals of Behavioral Medicine*, 13, 31-39.
- DUNCAN, J.J., FARR, J.E., UPTON, J., HOGAN, R.D., OGLESBY, M.E., y BLAIR, S.N. (1985).- The effects of aerobic exercise on plasma catecholamines and blood pressure in patients with mild essential hypertension. *Journal of the American Medical Association*, 254, 2609-2613.
- DUNKEL-SCHETTER, C., FEINSTEIN, L.G., TAYLOR, S.E., y FALKE, R.L. (1992).- Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- EBBS, S.R., FALLOWFIELD, L.J., FRASER, S.C.A. y BAUM, M. (1989).- Treatment outcomes and quality of life. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 5, 391-400.
- EDLUND, M. y TANCREDI, L.R. (1985).- Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Clinical Oncology*, 5, 43-49.
- ELL, K.O., NISHIMOTO, R.H., MANTELL, J.E. y HAMOVITCH, M.B. (1988).- Psychological adaptation to cancer: a comparison among patients, spouses and nonspouses. *Family Systems Medicine*, 6, 335-348.
- ENGEL, B.T. (1986).- Psychosomatic medicine, behavioral medicine, just plain medicine. *Psychosomatic Medicine*, 48, 446-479.
- ENGEL, G.L. (1977).- The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- ENGEL, G.L. (1980).- The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- EVANS, A.M., LOVE, R.R., MEYEROWITZ, B.E., LEVENTHAL, H. y NERENZ, D.R. (1985).- Factors associated with active participation in a cancer prevention clinic. *Preventive Medicine*, 14, 358-371.
- EVANS, R.W., MANNINEN, D.L., GARRISON, L.P., y cols. (1985).- The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England Journal of Medicine*, 312, 553-559.
- EYSENCK, H.J. (1991).- *Smoking, personality and stress*. Springer, Nueva York.
- EYSENCK, H.J. (1993).- Prediction of cancer and coronary heart disease mortality by means of a personality inventory: results of a 15-year follow-up study. *Psychological Reports*, 72, 455-516.
- EYSENCK, H.J. (1994).- Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 167-215.

- FALLOWFIELD, L.J. y HALL, A. (1991).- Psychosocial and sexual impact of diagnosis and treatment of breast cancer. *British Medical Bulletin*, 47, 388-399.
- FAYOS, J.V. y BELAND, F. (1981).- An inquiry on the quality of life after curative treatment. En A.R. KAGER (ed.).- *Head and neck oncology: controversies in cancer treatment*. Boston Hall, Boston, Massachusetts.
- FELTON, B.J. y REVENSON, T.A. (1984).- Coping with chronic illness: a study of illness controlability and the influence of coping strategies on psychology adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- FERRUCCI, L., BALDASSERONI, S., BANDINELLI, S., DE ALFIERI, W., CARTEI, A., CALVANI, D., BALDINI, A., MASOTTI, G. Y MARCHIONNI, N. (2000).- Disease severity and health-related quality of life across different chronic conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48 (11), 1490-1495.
- FITZGERALD, T.E., TENNEN, H., AFFLECK, G. y PRANSKY, G.S. (1993).- The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 16 (1), 25-43.
- FITZPATRICK, R. (2000).- Measurement issues in health-related quality of life: Challenges for health psychology. *Psychology & Health*, 15(1), 99-108.
- FOLLICK, M.J., GORKIN, L., SMITH, T., CAPONE, R.J. y STABEIN, D. (1988).- Quality of life post-myocardial infarction: effects of a transtelephonic coronary intervention system. *Health Psychology*, 7, 169-182.
- FUENTE, M. de la y GIL ROALES-NIETO, J. (1993).- Estudio experimental de las relaciones entre NGS, percepción de síntomas y estados emocionales. En GIL ROALES-NIETO y DE LA FUENTE ARIAS (ed.).- *Psicología y diabetes: áreas de intervención y aplicaciones*. I.E.A., Almería.
- GALLUP, G.H. (1976).- Human needs and satisfaction: a global survey. *Public opinion Quarterly*, 40, 459-467.
- GANZ, P.A. (1992).- Treatment options for breast cancer - beyond survival. *New England Journal of Medicine*, 326 (17), 1147-1149.
- GANZ, P.A., SCHAG, C.A.C., LEE, J.J. y SIM, M.S. (1992).- The CARES: a generic measure of health related quality of life for patients with cancer. *Quality of Life Research*, 1, 19-29.
- GIL ROALES-NIETO, J. y LUCIANO, M.C. (1996).- Acerca de la Psicología Clínica y de la Salud, su delimitación, coincidencia y diversidad y algunas reflexiones al hilo. En V. PELECHANO (dir.).- *Psicología Clínica y/o Psicología de la Salud*. Promolibro, Valencia.
- GIL-ROALES, J. y VÍLCHEZ, R. (1993).- *Diabetes. Intervención Psicológica*. Eudema, Madrid.

- 
- GOETSCH, V.L., ABEL, J.L. y POPE, M.K. (1994).- The effects of stress, mood and coping on mood glucose in NIDDM: a prospective pilot evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 32, 503-510.
- GOLDBERG, D.P. y HUXLEY, P. (1980).- *Mental Illness in the community: the pathway to psychiatric care*. Tavistock, Londres.
- GONDER-FREDERICK, L.A., COX, D.J., BOBBIT, S.A. y PENNEBAKER, J.W. (1986).- Blood glucose symptom beliefs of diabetic patients: accuracy and implications. *Health Psychology*, 5, 327-341.
- GOODWIN, P.J. (1992).- Economic factors in trials of palliation. En F. PORZSOLT.- *Goals of palliative cancer therapy. International workshop*. Reisenburg Castle, Alemania.
- GORE, S.M. (1988).- Integrating reporting of quality and length of life- A statistician's perspective. *European Heart Journal*, 9, 228-234.
- GOTAY, C.C. y MOORE, T.D. (1992).- Assessing quality of life in head and neck cancer. *Quality of Life Research*, 1, 5-17.
- GROSSARTH-MATICEK, R., EYSENCK, H.J., PFEIFER, A., SCHMIDT, P. Y KOPPEL, G. (1997).- The specific action of different personality risk factors on cancer of the breast, cervix, corpus uteri and other types of cancer: a prospective investigation. *Personality and Individual Differences*, 23, 949-960.
- GUYATT, G.H., BOMBARDIER, C. y TUGWELL, P. (1986).- Measuring disease specific quality of life in clinical trials. *Canadian Medical Association Journal*, 134, 895-899.
- GUYATT, G.H., BERMAN, L.B., TOWNSEND, M., y cols. (1987).- A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax*, 42, 773-778.
- GUYATT, G.H., WALTER, S. y GEOFF, N. (1987) .- Mesasuring change over time: assessing the usefulness of evaluative instruments. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 171-178.
- GUYATT, G.H., TOWNSEND, M., BERMAN, L. y PUGSLEY (1987).- Quality of life in patients with chronic airflow limitation. *British Journal of Diseases of the Chest*, 81, 45-54.
- GUYATT, G.H., MITCHELL, A., IRVINE, E.J. y cols. (1989).- A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 96, 804-810.
- GUYATT, G.H., NOGRADI, S., HALCROW, S. y cols. (1989).- Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in heart failure. *Journal of General Internal Medicines*, 4, 101-107.
- GWIN, T.S., BAILEY, G.J. y MECKLENBURG, R.S. (1988).- Factors related to discontinuation of continuous subcutaneous insulin-infusion therapy. *Diabetes Care*, 11, 46-51.

- HAHN, R.A., TEUSCH, S.M., ROTHENBERG, R.B. y MARKS, J.S. (1990).- Excess deaths from nine chronic diseases in the United States, 1986. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2654-2659.
- HAMBERG, D.A., ELLIOT, G.R. y PARRON, D.L. (1982).- *Health and behavior: frontiers of research in the behavioral sciences*. National Academy Press, Washington, D.C.
- HARRELL, J.P. (1980).- Psychological factors and hypertension: a status report. *Psychological Bulletin*, 87, 482-501.
- HARRIS, M.I. (1985).- *Diabetes in America: National Diabetes Data Group*, NIH Publication 85-1468. Bethesda, Md., National Institutes of Health.
- HARRIS, M.I. (1991).- Epidemiological correlates of NIDDM in hispanics, whites, and blacks in the U.S. population. *Diabetes Care*, 14 (7), 639-648.
- HARRIS, M.I., HAIDEN, W.C., KNOWLER, W.C. y BENNET, P.H. (1987).- Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance and plasma glucose levels in U.S. population age 20-74 years. *Diabetes*, 36, 523-534.
- HARWOOD, P.L. (1976).- Quality of life: descriptive and testimonial conceptualizations. *Social Indicators Research*, 3, 471-496.
- HAYNES, S.G. y FEINLEIB, M. (1980).- Women, work and coronary heart disease: prospective findings from the Framingham Heart Study. *American Journal of Public Health*, 70, 133-141.
- HEITZMAN, C.A. y KAPLAN, R.M. (1988).- Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology*, 7, 75-109.
- HENRY, J.P. y CASSEL, J.C. (1969).- Psychosocial factors in essential hypertension: recent epidemiologic and animal experimental evidence. *American Journal of Epidemiology*, 90, 171-200.
- HERD, J.A., FALKNER, O., ANDERSON, D.E. y cols. (1987).- Psycho-physiologic factors in hypertension. *Circulation*, 76 (suppl.), I-89-I-94.
- HERMAN, W.H., TOETSCH, S.M. y GIES, L.S. (1987).- Diabetes Mellitus. En R. AMLER y H.B. DOLL (eds.).- *Closing the gap: the burden of unnecessary illness*. Oxford University Press, Nueva York.
- HEYRMAN, J. y VAN HOECK, K. (1993).- Measuring health outcome: shouldn't we first define health?. Presentada en el *WONCA/SIMG Congress, Quality of Care in Family Medicine/General Practice*. La Haya, Holanda.
- HOBFOLL, S.E. y LERMAN, M. (1989).- Predicting receipt of social support: a longitudinal study of parents' reactions to their child's illness. *Health Psychology*, 8, 61-77.
- HOLLANDSWORTH, J.G., Jr. (1988).- Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: a 5-year update. *Social Science and Medicine*, 26, 425-434.

- 
- HÖRNQUIST, J.O. (1982).- The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 18, 69-79.
- HOUSE, J.A., ROBBINS, C. y METZNER, H.L. (1982).- The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- HOUSTON, B.K. (1986).- Psychological variables and cardiovascular and neuroendocrine reactivity. En MATTHEWS K.A., WEISS S.M., DETRE T., Y COLS. (eds.).- *Handbook of stress, reactivity, and cardiovascular disease*. Wiley, Nueva York.
- HUNT, S.M. y cols. (1980).- Quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology Community Health*, 34, 218.
- HUNT, S.M. y MCEWEN, J. (1983).- The development of a subjective health indicator. *Sociology of Health and Illness*, 2, 231-245.
- HUSEBYE, D.G., WESTLIE, L., STYROVOKY, T.J. y cols. (1987).- Psychological, social, and somatic prognostic indicators in old patients undergoing long-term dialysis. *Archives of Internal Medicine*, 147, 1921-1924.
- HUTCHINSON, A. y FOWLER, P. (1992).- Outcome measures for primary health care: what are the research priorities? *British Journal of General Practice*, 42, 227-231.
- HYLAND, M.E. y KENYON, C.A.P. (1992).- A measure of positive health-related quality of life: the satisfaction with illness scale. *Psychological Reports*, 71, 1137-1138.
- INE (1992).- *Censo de población y viviendas 1991*. INE, Madrid.
- JACHUK, S.J., BRIERLEY, H., JACHUK, S. y WILLCOX, P.M. (1982).- The effect of hypotensive drugs on the quality of life. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 32, 103-105.
- JACOB, R.G., CHESNEY, M.A., WILLIAMS, D.M., DING, Y., y SHAPIRO, A.P. (1991).- Relaxation therapy for hypertension: design effects and treatment effects. *Annals of Behavioral Medicine*, 13, 5-17.
- JENKINS, C.D., ZYZANSKY, S.J. y ROSENMAN, R.H. (1979).- *Jenkins Activity Survey*. Psychological Corp., Cleveland, OH.
- JENNET, B. (1976).- Resource allocation for the severely brain damaged. *Archives of Neurology*, 33, 595-597.
- JORGENSEN, R.S. y HOUSTON, B.K. (1981).- Family history of hypertension, gender and cardiovascular reactivity and stereotypy during stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 175-190.
- JULIUS, M., HAWTHORNE, V.M., CARPENTER-ALTING, P. y cols. (1989).- Independence in activities of daily living for end-stage renal disease



- patients: biomedical and demographic correlates. *American Journal of Kidney Diseases*, 13, 61-69.
- KAPLAN, H.I. (1975).- Current psychodynamic concepts in psychosomatic medicine. En R.O. PASNAU (ed.).- *Consultation-liaison psychiatry*. Grune & Stratton, Nueva York.
- KAPLAN, R.M. (1985).- Quality of life measurement. En P. KAROLY (ed.).- *Measurement strategies in health psychology*. Wiley, Nueva York.
- KAPLAN, R.M. (1988).- Health-related quality of life in cardiovascular disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 382-392.
- KAPLAN, R.M. y ANDERSON, J.P. (1988a).- The general health policy model: update and applications. *Health Services Research*, 23, 203-235.
- KAPLAN, R.M. y ANDERSON, J.P. (1988b).- The Quality of Well-being Scale: rationale for a single quality of life index. En S.R. WALKER y R. ROSSER (eds.).- *Quality of life: assessment and application*. MTP Press, Londres.
- KAPLAN, R.M. y ANDERSON, J.P. (1990).- The general health policy model: an integrated approach. En B. SPILKER (ed.).- *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*. Raven Press, Nueva York.
- KAPLAN, R.M. y BUSH, J.W. (1982).- Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1, 61-80.
- KAPLAN, R.M., BUSH, J.W. y BERRY, C.C. (1976).- Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Services Research*, 11 (4), 478-507.
- KAPLAN, R.M., SALLIS, J.F. y PATTERSON, T.L. (1993).- *Health and human behavior*. McGraw-Hill, Nueva York.
- KARNOFSKY, D.A., ABELMANN, W.H., CRAVER, L.F. y BURCHENAL, J.H. (1948).- The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, 1, 634-656.
- KARNOFSKY, D.A. y BURCHENAL, J.H. (1949).- The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En C.M. MACKAD (ed.).- *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Columbia University Press, Nueva York.
- KATZ, S.T., FORD, A.B., MOSKOWITZ, R.W., JACKSON, B.A. y JAFEE, M.W. (1963).- Studies of illness in the aged; the index of ADL. *Journal of the Medical American Association*, 185, 914-919.
- KATZ, S. y AKPOM, C.A. (1976a).- A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services*, 6, 493-508.
- KATZ, S. y AKPOM, C.A. (1976b).- Index of ADL. *Medical Care*, 14, 116-118.
- KEEGAN, D.L., SHIPLEY, C., DINEEN, D., y cols. (1983).- Adjustment to renal transplantation. *Psychosomatics*, 24, 825-831.

- KELLER, S., SHIFLETT, S.C., SCHLEIFER, S.J. y BARTLETT, J.A. (1994).- Stres, immunity and health. En R. GLASER y J. KIECOLT-GLASER (eds.).- *Handbook of Human Stress and Inmunity*. Academic Press, San Diego, California.
- KIECOLT-GLASER, J.K., GARDNER, W., SPEICHER, C., PENN, G.M., HOLLIDAY, J. y GLASER, R. (1984a).- Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosomatic Medicine*, 46, 7-14.
- KIECOLT-GLASER, J.K., SPEICHER, C.E., HOLLIDAY, J.E. y GLASER, R. (1984b).- Stress and the transformation of lymphocytes by Epstein-Barr virus. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 1-12.
- KIECOLT-GLASER, J.K., GLASER, R., STRAIN, E., STOUT, J., TARR, K., HOLLIDAY, J. y SPEICHER, C. (1986).- Modulation of cellular immunity in medical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 5-21.
- KIND, P., ROSSER, W. y WILLIAMS (1982).- Valuation of quality of life: some psychometric evidence. En M.W. JONES-LEE (ed.). *The value of life and safety*. Elsevier, Amsterdam.
- KIRKCALDY, B.D., COOPER, C.L. y FURNHAM, A.F. (1999).- The relationship between type A, internality-externality, emotional distress and perceived health. *Personality and Individual Differences*, 26, 223-235.
- KOBASA, S.C. (1979).- Stressful life events and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- KONG, I.L.L. y MOLASSIOTIS, A. (1999).- Predicting change in depression following renal transplantation: Effect of patient coping preferences. *Health Psychology*, 19(4), 348-353.
- KRANTZ, D.S. y MANUCK, S.B. (1984).- Acute psychophysiological reactivity and risk of cardiovascular disease: a review and methodological critique. *Psychological Bulletin*, 96, 435-464.
- KUTNER, N.G., FAIR, P.L. y KUTNER, M.H. (1985).- Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 23-31.
- KVAM, S.H. y LYONS, J.S. (1991).- Assessment of coping strategies, social support, and general health status in individuals with diabetes mellitus. *Psychological Reports*, 68, 623-632.
- LAGRECA, A.M., AUSLANDER, W., SPETTER, D., GRECO, P., SKYLER, .S., FISHER, E.B. y SANTIAGO, J.V. (1991).- Adolescents with IDDM: family and peer support of diabets care. Actas del *Society of Behavioral Medicine 12th Annual Scientific Session*. Washington, D.C.
- LANSKY, S.B., LIST, M.A., HERRMANN, C.A., ETS-HOKIN, E.G., DASGUPTA, T.K., WILBANKS, G.D. y HENDRICKSON, F.R. (1985).- Absence of major

- depressive disorders in female cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 3, 1553-1560.
- LAPORTE, R.E., FISHBEIN, H.A., DRASH, A.L. y cols. (1981).- The Pittsburg insulin dependent diabetes mellitus registry. The incidence of NIDDM in Allegheny County, Pennsylvania (1965-1976). *Diabetes*, 30, 279-284.
- LAUVER, S.C. y JOHNSON, J.L. (1997).- The role of neuroticism and social support in older adults with chronic pain behavior. *Personality and Individual Differences*, 23, 165-167.
- LAWTON (1991).- A Multidimensional view of quality of life in frail elders. En J.E. BIRREN, J.E. LUBBEN, J.C. ROWE y D.E. DEUTCHMAN (eds.).- *Quality of life in the frail elderly*. Academic Press, INC., San Diego, California.
- LEVENSON, J.L. y GLOCHESKI, S. (1995).- End-stage renal disease. En A. STOUDEMIRE (ed.).- *Psychological factors affecting medical conditions*. American Psychiatric Press, Washington.
- LEVENTHAL. H., LEVENTHAL, E.A. y NGUYEN, T.V. (1985).- Reactions of families to illness: theoretical models and perspectives. En D.C. TURK Y R.D. KERNS (Eds.).- *Health, illness, and families: a life-span perspective*. Wiley, Nueva York.
- LEVY, S.M., HERBERMAN, R.B., LIPPMAN, M.N. y D'ANGELO, T. (1987).- Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 5, 348-353.
- LEVY, S.M., HERBERMAN, R.B., MALUISH, A.M., SCHLIEN, B., y LIPPMAN, M. (1985).- Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychology*, 4, 99-113.
- LEVY, S.M., HERBERMAN, R.B., LEE, J. y cols. (1990).- Estrogen receptor concentration and social factors as predictors of natural killer cell activity in early-stage breast cancer patients: confirmation of a model. *Nat. Immun. Cell Growth Regul*, 9, 313-324.
- LEVY, S.M., HERBERMAN, R.B., WHITESIDE, T. y cols. (1990).- Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 52, 73-85.
- LEVY, S.M., HERBERMAN, R.B., LIPPMAN, M. y cols. (1991).- Immunological and psychosocial predictors of disease recurrence in patients with early-stage breast cancer patients. *Behavioral Medicine*, 17, 67-75.
- LIDDLE, J., GILLEARD, C. y NEIL, A. (1993).- Elderly patients' and their relatives' views on CPR. *Lancet*, 342, 1055.
- LIGTH, K.C. (1987).- Psychosocial precursors of hypertension: experimental evidence. *Circulation* 76 (suppl I), 67-76.

- 
- LITMAN, T.J. (1974).- The family as the basic unit in health and medical care: a social behavioral overview. *Social Science and Medicine*, 8, 495-519.
- LIU, B.C. (1974).- Quality of life indicators: a preliminary investigation. *Social Indicators Research*, 1, 187-208.
- LONG, J.S. (1983).- *Covariance structure models. A introduction to LISREL*. Sage, Beverly Hills.
- LOWENTHAL, M.F. y HAVEN, C. (1968).- Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. En B. NEUGARTEN (eds.)- *Middle age and aging*. University of Chicago Press, Chicago, Ill.
- LOWRY, M.R. y ATCHERSON, E. (1980).- A short-term follow-up of patients with depressive disorder on entry into home dialysis training. *Journal of Affective Disorders*, 2, 219-227.
- LUCE, B.R., WECHSLER, J.M., y UNDERWOOD, C. (1989).- The uses of quality of life measures in the private sector. En F. MOSTELLER y J. FALOTICO-TAYLOR (eds.)- *Quality of Life and Technology Assessment*. National Academy Press, Washington.
- MANUCK, S.B. y KRANTZ, D.S. (1986).- Psychophysiological reactivity in coronary heart disease and essential hypertension. En K.A. MATTHEWS, S.M. WIESS, T. DETRE, T.M. DEMBROSKI, B. FALKNER, S.B. MANUCK, y R.B. WILLIAMS, Jr. (Eds.)- *Handbook of stress, reactivity, and cardiovascular disease*. Wiley, Nueva York.
- MAGUIRE, P. y SELBY, P. (1989).- Assessing the quality of life in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 60, 437-440.
- MARKS (1995).- *Putting health psychology in context*. Presentado en la 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Alicante.
- MARTIN, C.R. y THOMPSON, D.R. (2000).- Prediction of quality of life in patients with end-stage renal disease. *British Journal of Health Psychology*, 5, 41-52.
- MASLOW, A. (1954).- *Motivation and Personality*. Harper Row, Nueva York.
- MASON, R. y FAULKENBERRY, G.D. (1978).- Aspirations, achievement and life satisfaction. *Social Indicators Research*, 5, 133-150.
- MASSIE, M.J. y HOLLAND, J.C. (1990).- Depression and the cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (Suppl.), 12-17.
- MASSIE, M.J. y HOLLAND, J.C. (1991).- Psychological reactions to breast cancer in the pre- and postsurgical treatment period. *Seminars in Surgical Oncology*, 7 (5), 320-325.
- MASSIE, M.J. y HOLLAND, J.C. (1992).- The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 7 (2), 99-109.

- MASTERS, J.C., CERRETO, M.C. y MENDLOWITZ, D.R. (1983).- The role of the family in coping with childhood chronic illness. En T.G. BURISH y L. A. BRADLEY (Eds.).- *Coping with chronic disease: research and applications*. Academic Press, Nueva York.
- MATARAZZO, J.D. (1980).- Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- MATARAZZO, J.D. (1982).- Behavioral health: a 1990 challenge for the health services professions. En J.D. MATARAZZO, S.M. WEISS, J.A. HERD, N.E. MILLER y S.M. WEISS (Eds.).- *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*. Wiley, Nueva York.
- MATTHEWS, K.A. (1988).- Coronary heart disease and Type A behaviors: update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) quantitative review. *Psychological Bulletin*, 104, 373-380.
- MATTHEWS, A.K., AIKENS, J.E., HELMRICH, S.P., ANDERSON, D.D., HERBST, A.L. y WAGGONER, S.E. (1999).- Sexual functioning and mood among long-term survivors of clear-cell adenocarcinoma of the vagina or cervix. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(3-4), 27-45.
- MCCLELLAND, D.C., PATEL, V., BROWN, D. y KELNER, S.P. (1991).- The role of affiliative loss in the recruitment of helper cells among insulin-dependent diabetics. *Behavioral Medicine*, 17(1), 5-14.
- MCDERMOT, W. (1981).- Absence of indicators of the influence of its physician care on a society. *American Journal of Medicine*, 70, 833-843.
- MCDOWELL, I. y NEWELL, C. (1987).- *Measuring health*. Oxford University Press, Nueva York.
- MECHANIC, D. (1962).- *Students under stress: a study in the social psychology of adaptation*. Free Press of Glencoe, Glencoe, Ill.
- MENTE, A. y HELMERS, K. (1999).- Defensive hostility and cardiovascular responses to stress in young men. *Personality and Individual Differences*, 27, 683-694.
- MILLS, D.E. y WARD, R.P. (1986).- Attenuation of stress-induced hypertension by exercise independent of training effects: an animal model. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 599-606.
- MINUCHIN, S. (1974).- *Families and family therapy*. Harvard University Press., Cambridge, Mass.
- MOR, V. (1992).- QOL measurement scales for cancer patients: differentiating effects of age from effects of illness. *Oncology*, 6 (2Suppl), 146-152.
- MORGAN, A.E. (1934).- An attempt to measure happiness. *International Journal of Ethics*, 44, 271-274.

- 
- MORRIS, J.N. (1990).- *The quality of life of head and neck cancer patients: a review of the literature*. Paper nº. 72. Centre for Health Economics, Health Economics Consortium, York.
- MORRIS, P.L. y JONES, B. (1989).- Life satisfaction across treatment methods for patients with end-stage renal failure. *Med. J. Aust.*, 150, 428-132.
- MORRIS, J.N. y SHERWOOD, S. (1987).- Quality of life of cancer patients at different stages in the disease trajectory. *Journal of chronic disease*, 40, 545-553.
- MOSTELLER, F., GILBERT, J.P. y MCPEEK, B. (1980).- Reporting standards and research strategies for controlled trials: agenda por the edictor. *Controlled Clinical Trials*, 1, 37-58.
- MOUN, T. (1988).- Tea-saying and mood-of-the-day effects in self-reported quality of life. *Social Indicators Research*, 20 (2), 117-139.
- MULAİK, S. (1982).- How should we overidentify structural equation models? Comunicación presentada en la reunión de la *Society for Multivariate Experimental Psychology*. Atlanta, Estados Unidos.
- NELSON, E., CONGER, B., DOUGLASS y cols. (1983).- Functional health status levels of primary care patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 3331-3338.
- NESBITT, B.J. y HEIDRICH, S.M. (2000).- Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. *Research in Nursing & Health*, 23(1), 25-34.
- NETHERCUT, G. y PICCIONE, A. (1984).- The physician perspective of health psychologists in medical settings. *Health Psychology*, 3, 175-184.
- NOLL, R.B., BUKOWSKI, W.M., ROGOSCH, F.A., LEROY, S. y KULKARNI, R. (1990).- Social interactions between children with cancer and their peers: teacher ratings. *Journal of Pediatric Psychology*, 15 (1), 43-56.
- NOYES, R. Jr., KATHOL, R.G., DEBELIUS-ENEMARK, P., WILLIAMS, J., MUTGI, A., SUELZER, M.T., y CLAMON, G.H. (1990).- Distress associated with cancer as measured by the illness distress scale. *Psychosomatics*, 31 (3), 321-330.
- NUMAN, I.M., BARKLIND, K.S., y LUBIN, B. (1981).- Correlates of depression in chronic dialysis patients: morbidity and mortality. *Res. Nurs. Health*, 4, 295-297.
- O'BOYLE, C.A., MCGEE, H., HICKEY, A. y cols. (1989).- Realibility and validity of judgement analysis as a method ofr assessing quality of life. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 27, 155.
- O'BOYLE, C.A., MCGEE, H., HICKEY, A. y cols. (1992).- Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *Lancet*, 339, 1088-1091.

- O'BRIEN, M.E. (1990).- Compliance behavior and long-term maintenance dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 15, 209-214.
- ORTH-GOMER, K., BRITTON, M. y REHNQVIST, N. (1979).- Quality of care in an out-patient department: the patient's view. *Social Science and Medicine*, 13A, 347-357.
- PADILLA, G.V., PRESANT, C.A., GRANT, M.M. y cols. (1981).- Assessment of quality of life in cancer patients. *Proceedings of the American Association of Cancer Research*, 22, 397.
- PARDUCCI, A. (1984).- Value judgement: toward a relational theory of happiness. En J.B. EISER (ed.).- *Attitudinal Judgement*. Springer Verlag, Nueva York.
- PARFREY, P.S., VAVASOUR, H., BULLOCK, M. y cols., (1989).- Development of a health questionnaire specific for end-stage renal disease. *Nephron*, 52, 20-28.
- PEARLMAN, R.A., CAIN, K.C. y PATRICK, D.L. (1993).- Insights pertaining to patient assessments of states worse than death. *Journal of Clinical Ethics*, 4, 33-41.
- PEARLMAN, R.A. y UHLMAN, R.F. (1988).- Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 43, (2), 25-30.
- PELECHANO, V. (1972).- Dimensiones de personalidad y parámetros de estímulo. En V. PELECHANO (ed.).- *Adaptación y conducta. Bases biológicas y procesos complejos*. Marova, Madrid.
- PELECHANO, V. (1973).- *Personalidad y parámetros. Tres escuelas y un modelo*. Vicens Vives, Barcelona.
- PELECHANO, V. (1975).- *El cuestionario MAE (motivación y ansiedad de ejecución)*. Fraser Española, S.A., Madrid.
- PELECHANO, V. (1989).- Ejes de referencia y una propuesta temática. En E. IBAÑEZ y V. PELECHANO (dirs.).- *Personalidad*. Alhambra, Madrid.
- PELECHANO, V. (1991).- Familia, estrés y enfermedad. *Análisis y Modificación de conducta*, 55, 729-774.
- PELECHANO, V. (1992).- Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 58, 167-201.
- PELECHANO, V. (1996).- Psicología Clínica, psicología de la salud y la búsqueda del santo grial. En V. PELECHANO.- *Psicología clínica y/o psicología de la salud*. Promolibro, Valencia.
- PELECHANO, V. (1997).- Personalidad y el binomio salud-enfermedad: una revisión conceptual selectiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 92, 747-890.

- 
- PELECHANO, V. (1999).- Problemas funcionales en el cáncer y propuestas a partir de una muestra de enfermos oncológicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 101, 335-374.
- PELECHANO, V. (2000).- Psicología sistemática de la personalidad. Ariel, Barcelona.
- PELECHANO, V. y BÁGUENA, M.J. (1981a).- Estimulación punitiva no contingente y conducta (I). Un diseño experimental. En V. PELECHANO (ed.).- *Intervención psicológica*. Alfaplús, Valencia.
- PELECHANO, V. y BÁGUENA, M.J. (1981b).- Estimulación punitiva no contingente y conducta (II). Efectos del volumen de estimulación punitiva y nivel de dificultad de la tarea. En V. PELECHANO (ed.).- *Intervención psicológica*. Alfaplús, Valencia.
- PELECHANO, V. y BÁGUENA, M.J. (1981c).- Estimulación punitiva no contingente y conducta (IV). Connotación semántica y una nota sobre situacionismo-rasguismo. En V. PELECHANO (ed.).- *Intervención psicológica*. Alfaplús, Valencia.
- PELECHANO, V. y BÁGUENA, M.J. (1983).- Un cuestionario de locus de control (LUCAM). *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 5-46.
- PELECHANO, V. y GUERRA, J. (1981).- Personalidad, motivación y connotación semántica: el papel de algunas variables en la delimitación de la conducta delincuente. En V. PELECHANO (ed.).- *Intervención psicológica*. Alfaplús, Valencia.
- PELECHANO, V. y MATEU, M.C. (1981).- Motivación, reactividad situacional y rendimiento con práctica masiva y largos períodos de realización. En V. PELECHANO (ed.).- *Intervención psicológica*. Alfaplús, Valencia.
- PELECHANO, V., MATUD, M.P. y DE MIGUEL, A. (1993).- Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de conducta*, 63, 91-149.
- PERCY-SMITH, J. y SANDERSON, I. (1992).- *Understanding Local Needs*. Institute for Public Policy Research, Londres.
- PETERSON, L. (1984).- A brief methodological comment on possible inaccuracies induced by multimodal measurement analysis and reporting. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 307-314.
- PETRIE, K. (1989).- Psychological well-being and psychiatric disturbance in dialysis and renal trasplant patients. *British Journal of Med. Psychol.*, 62, 91-96.
- PICKERING, T.G. y GERIN, W. (1988).- Ambulatory blood pressure monitoring and cardiovascular reactivity for the evaluation of the role of psychosocial factors and prognosis in hypertensive patients. *American Heart Journal*, 116, 665-672.



- POLAINO, A. (1987).- *Educación para la salud*. Heder, Barcelona.
- POLAINO, A. y GIL-ROALES, J.G.(1990).- *La diabetes*. Matínez Roca, Barcelona.
- POLAINO, A y GIL-ROALES, J.G. (1994).- *Psicología y diabetes infantojuvenil*. Siglo XXI, Madrid.
- POWER, M., BULLINGER, M., HARPER, A. (1999).- The World Health Organizaton WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worlwide. *Health Psychology*, 18(5), 495-505.
- PUIG, M. y DE LEIVA, A. (1989).- *Guía de la detección precoz y tratamiento de la Diabetes Mellitus*. Farmitalia Carlo Erba, Barcelona.
- RAGLAND, D.R. y BRAND, R.J. (1988).- Type A behavior and mortality from coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 318, 65-69.
- RAGONESI, P.D., RAGONESI, G., MERATI, L. Y TADDEI, M.T. (1998).- The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients. *Archives of Gerontology & Geriatrics, Supl. 6*, 417-423.
- REDD, W.H., SIBERFARB, P.M., ANDERSEN, B.L., ANDRYKOWSKI, M.A., BOVBJERG, D.H., BURISH, T.G., CARPENTER, P.J., CLEELAND, C., DOLGIN, M. y LEVY, S.M. (1991).- Physiologic and psychobehavioral research in oncology. *Cancer*, 67 (3 Suppl), 813-822.
- REICHSMAN, F. y LEVY, N.B. (1972).- Problems in adaptation to maintenance hemodialysis: a four-year study of 25 patients. *Archives of Internal Medicine*, 130, 859-865.
- REIG, A. (1981).- Medicina comportamental. Desarrollo y líneas de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 99-150.
- REISS, D., GONZALEZ, S. y KRAMER, N. (1986).- Family process, chronic illness, and death. *Archives of General Psychiatry*, 43, 795-804.
- REN, X.S., KAZIS, L., LEE, A., MILLER, D.R., CLARK, J.A, SKINNER, K. y ROGERS, W. (1998).- Comparing generic and disease-specific measures of physical and role functioning: Results from the Veterans Health Study. *Medical Care*, 36(2), 155-166.
- RICHMOND, J.M., LINDSAY, R.M., BURTON, H.J. y cols. (1982).- Psychological and physiological factors predicting the outcome on home hemodialysis. *Clinical Nephrology*, 17, 109-113.
- RODRIGUEZ, A., DÍAZ, M., COLÓN, A., y cols. (1991).- Psychosocial profile of noncompliant transplant patients. *Transplant Proc.*, 23, 1807-1809.
- ROGERSON, R.J., FINDLAY, A.M. y MORRIS, A.S. (1989).- Indicators of quality of life: some methodological issues. *Environment and Plannings*, 21, 1655-1666.
- ROKEACH, M. (1973).- *The nature of human values*. Free Press/Macmillan, Nueva York.

- ROSENBERG, R. (1992).- Quality of life, ethics, and philosophy of science. *Nordic Journal of Psychiatry*, 46, 75-77.
- ROSEN, R.C. y KOSTIS, J.B. (1985).- Biobehavioral sequelae associated with adrenergic-inhibiting antihypertensive agents: a critical review. *Health Psychology*, 4, 579-604.
- ROSENMAN, R.H., BRAND, R.J., JENKINS, C.D., FRIEDMAN, M., STRAUS, R., y WURM, M. (1975).- Coronary heart disease in the western collaborative heart study: final follow-up experience of 8½ years. *Journal of the American Medical Association*, 233, 872-877.
- ROSS, H., BERNSTERIN, G. y RIFKIN, H. (1983).- Relationships of diabetes mellitus to long-term complications. En M. ELLENBERG y H. RIFKIN (Eds.).- *Diabetes mellitus theory and practice* (3rd ed.). Medical Examination Publishing. New Hyde Park, Nueva York.
- ROSSER, R.M. (1992).- Index of health-related quality of life. En A. HOPKINS (ed.).- *Measures of quality of life and uses to which such measures may be put*. Royal College of Physicians.
- RUSTOEN, T., WIKLUND, I. HANESTAD, B.R. y BURCKHARDT, C.S. (1999).- Validity and reliability of the Norwegian version of the Ferrans and Powers Quality of Life Index. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(2), 96-101.
- SALLIS, J.F., DIMSDALE, J.E. y CAINE, C. (1988).- Blood pressure reactivity in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 1-12.
- SARASON, I.G., LEVINE, H.M., BASHAM, R.B. y SARASON, B.R. (1983).- Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- SCHNEIDER, M.S., FRIEND, R., WHITAKER, P. y cols. (1991).- Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: cognitive and emotional variables. *Health Psychology*, 10, 209-215.
- SCHNEIDERMAN, L.J. y ARRAS, .D. (1985).- Counseling patients to counsel physicians on future care in the event of patient incompetence. *Annals of Internal Medicine*, 102, 693-698.
- SCHNEIDERMAN, L.J., KAPLAN, R.M., PEARLMAN, R.A. y cols. (1993).- Do physicians' own preferences for life-sustaining treatment influence their perceptions of patients' preferences?. *Journal of Clinical Ethics*, 4, 28-33.
- SCHOENBACH, V.J., KAPLAN, B.H., FREDMAN, L. y KLEINBAUM, D.G. (1986).- Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology*, 123 (4), 577-591.
- SCHWARTZ, G.E. (1982).- Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1040-1053.

- 
- SCHWARTZ, G.E. y WEISS, S.M. (1977).- *Yale Conference on behavioral medicine*. Department of Health, Education and Welfare; National Heart, Lung, and Blood Institute. Washington, D.C.
- SELBY, P. (1993).- Measuring the quality of life of patients with cancer. En S.R. WALKER y R.M. ROSSER (eds.).- *Quality of Life Assessment: key issues in the 1990s*. Kluwer Academic, Dordrecht.
- SELBY, P. y ROBERSTON, B. (1987).- Measurement of quality of life in patients with cancer. *Cancer Surveys*, 6, 521-543.
- SHAPIRO, A.P. (1988).- Psychological factors in hypertension: an overview. *American Heart Journal*, 116, 632-637.
- SHAW, A. (1977).- Defining the quality of life. *Hastings Center Report*, Octubre.
- SHEN, W., KOTSANOS, J.G., HUSTER, W.J., MATHIAS, S.D., ANDREJASICH, C.M. y PATRICK, D.L. (1999).- Development and validation of the Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire. *Medical Care*, 37(4), 45-66.
- SHULMAN, R., PRICE, J.D., y SPINELLI, J. (1989).- Biopsychosocial aspects of long-term survival on end-stage renal failure therapy. *Psychol. Med.* 19, 945-954.
- SILBERFARB, P.L., MAURER, H.L. y CROUTHAMEL, C.S. (1980).- Psychological aspects of neoplastic disease: functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. *American Journal of Psychiatry*, 137, 450-455.
- SINGER, M.A., HOPMAN, W.M. y MACKENZIE, T.A. (1999).- Physical functioning and mental health in patients with chronic medical conditions. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 8(8), 687-691.
- SLEVIN, M.L., PLANT, H., LYNCH, D. y cols. (1988).- Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57, 109-112.
- SMÁRI, J. y VALTÝSDÓTTIR, H. (1997).- Dispositional coping, psychological distress and disease-control in diabetes. *Personality and Individual Differences*, 22, 151-156.
- SMITH, K.W., AVIS, N.E. y ASSMANN, S.F. (1999).- Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 8(5), 447-459.
- SOSKOLNE, V. y KAPLAN DE-NOUR, A. (1987).- Psychosocial adjustment of home hemodialysis, continuous ambulatory peritoneal dialysis and hospital dialysis patients and their spouses. *Nephron.*, 47, 266-273.
- SPITZER, W.O., DOBSON, A.J., HALL, J. y cols. (1981).- Measuring the quality of life of cancer patients. *Journal of Chronic Diseases*, 34, 585-597.

- 
- STANTON, A.L. (1987).- Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 377-394.
- STEIN, M., MILLER, A.H. y TRESTMAN, R.L. (1991).- Depression, the immune system, and health and illness: findings in search of meaning. *Archives of General Psychiatry*, 48, 171-177.
- STEINBROCKER, O., TRAEGER, C.H. y BATTERMAN, R.C. (1949).- Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *Journal of the American Medical Association*, 140, 659-662.
- STEPHENS, M.A., KINNEY, J.M., NORRIS, VK. y RITCHIE, S.W. (1987).- Social networks as assets and liabilities in recovery from stroke by geriatric patients. *Psychology and Aging*, 2, 125-129.
- STEWART, A.L. y WARE, J.E. (1992).- *Measuring Functioning and well-being: the medical outcomes study approach*. Duke University Press, Durham.
- STONE, G.C., COHEN, F. y ADLER, N.E. (1979).- *Health Psychology. A Handbook*. Jossey-Bass, San Francisco.
- STOUEMIRE, A. y HALES, R.E. (1995).- Psychological factors affecting medical conditions and DSM-IV: an overview. En A. STOUEMIRE (eds.).- *Psychological factors affecting medical conditions*. American Psychiatric Press, Washington.
- SULLIVAN, M. (1992).- Quality of life assessment in medicine: concepts, definitions, purposes and basic tools. *Nordic Journal of Psychiatry*, 46, 79-83.
- TATARKIEWICZ, W. (1975).- *Analysis of happiness*. Martinus Nijhoff, La Haya.
- TAYLOR, S.E. (1991).- *Health psychology*. 2ª ed., McGraw-Hill, Nueva York.
- TAYLOR, S.E. Y ASPINWALL, L.G. (1990).- Psychological aspects of chronic illness. En G.R. VANDENBOS y P.T. COSTA, Jr. (Eds.). *Psychological aspects of serious illness*. American Psychological Association, Washington, DC.
- THOMAS, M.R. y LYTTLE, D. (1980).- Patient expectations about success of treatment and reported relief from low back pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 297-301.
- TORRANCE, G.W., BOYLE, M.H. y HORWOOD, S.P. (1982).- Application of multiattribute utility to measure social preferences for health states. *Operations Research*, 30, 1043-1069.
- TORRANCE, G.W. (1986).- Measurement of health state utilities for economic appraisal: a review. *Journal of Health Economics*, 3, 1-30.
- TORRANCE, G.W. (1987).- Utility approach to measuring health relates quality of life. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 593-600.

- 
- TWADDLE, A.C. (1969).- Health decisions and sick role variations: an exploration. *Journal of Health and Social Behavior*, 10, 105-115.
- VAN KNIPPENBERG, F.C.E. y DE HAES, J.C.J.M. (1988).- Measuring the quality of life of cancer patients. Psychometric properties of instruments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 11, 1043-1053.
- VEENHOVEN, R. (1988).- The utility of happiness. *Social Indicators Research*, 20, 333-354.
- VEENHOVEN, R. (1989).- National economic prosperity and individual happiness. En K.G. GRUNERT y T. OLANDER (eds.).- *Understanding Economic Behavior*. Kluwer Academic, Londres.
- VEENHOVEN, R. (1991).- Is happiness relative?. *Social Indicators Research*, 24, 1-34.
- WAI, L., RICHMOND, J., BURTON, H.J. y cols. (1981).- Influence of psychosocial factors on survival of home-dialysis patients. *Lancet.*, 2, 1155-1156.
- WALKER, S.R. y ROSSER, R. (1988).- *Quality of life: assessment and application*. MTP Press, Londres.
- WALLSTON, K.A. y WALLSTON, B.S. (1981).- Health locus of control scales. En H. LEFCOURT (ed.).- *Research with the Locus of Control Construct (Vol. 1)*. Academic Press, Nueva York.
- WARD, R.A., SHERMAN, S.R. y LAGORY, M. (1984).- Subjective network assessments and subjective well-being. *Journal of Gerontology*, 39, 93-101.
- WARE, J.E. (1987).- Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 473-480.
- WARE, J.E., BROOK, R.H., DAVIES, A.R. y LOHR, K.N. (1981).- Choosing measure of health status for individuals in general populations. *American Journal of Public Health*, 71, 620-625.
- WARE, J.E., SNOW, K.K., KOSINSKI, M. y GANDEK, B. (1993).- *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. The Health Institute, New England Medical Center, Boston.
- WATSON, D. y PENNEBAKER, J.W. (1989).- Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- WEDER, A.B. y JULIUS, S. (1985).- Behavior, blood pressure variability, and hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 47, 406-414.
- WIKLUND, I., GORKIN, L., PAWITAN, Y. y cols. (1992).- Methods for assessing quality of life in the cardiac arrhythmia suppression trial (CAST). *Quality of Life Research*, 1, 187-201.

- 
- WIGTON, R.S. (1988).- Medical applications. En B. BREHMER y C.R.B. JOYCE (eds.)- *Human Judgement: the SJT view. Advances in Psychology, vol.54.* Amsterdam, Holanda.
- WILLIAMS, A. y KIND, P. (1992).- The present state of play about QALYS. En A. HOPKINS (ed.)- *Measures of quality of life and the uses to which such measures may be put.* Royal College of Physicians, Londres.
- WILSON, W., ARY, D.D., BIGLAN, A., GLASGOW, R.E., TOOBERT, D. y CAMPBELL, D.R. (1985).- Psychosocial predictors of self-care behaviors (compliance) and glycemic control in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care, 9*, 614-622.
- WILSON, R.G., HART, A. y DAWES, P.J.D.K. (1988).- Mastectomy or conservation: the patient's choice. *British Medical Journal, 297*, 1167-1169.
- WINEFIELD (1995).- *Quality of life in chronic diseases.* Presentado en la 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Alicante.
- WING, R.R. (1989).- Behavioral strategies for weight reduction in obese Type II diabetes patients. *Diabetes Care, 12*, 139-144.
- WINGO, L. y EVANS, A. (1978).- *Public Economics and the Quality of Life.* Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- WINSLOW, C.M., SOLOMAN, D.H., CHASSIN, M.R., KOSECOFF, J. y cols. (1988).- The appropriateness of carotid endarterectomy. *New England Journal of Medicine, 318*, 721-727.
- WOLBERG, W.H. (1991).- Surgical options in 424 patients with primary breast cancer without systemic metastases. *Archives of Surgery, 126*, 817-820.
- WOLBERG, W.H., TANNER, M.A., ROMSAAS, E.P. y cols. (1987).- Factors influencing options in primary breast cancer treatment. *Journal of Clinical Oncology, 5*, 68-74.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948).- *Official Records of the World Health Organization, N° 2*, p. 100. WHO, Ginebra.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1981).- *Global strategy for health for all by the year 2000.* WHO, Ginebra.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP (1991).- *Assessment of Quality of Life in Health Care.* WHO, Ginebra.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP (1993a).- Study for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research, 2*, 153-159.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP (1993b).- *Measuring Quality of Life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL).* WHO, Ginebra.

- 
- WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP (1993c).- *WHOQOL Study Protocol*. MNH-7PSF/93.9, Division of Mental Health. WHO, Ginebra.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP (1994).- The development of the WHO Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). En J. ORLEY y E. KUYKEN (eds.).- *International Quality of Life Assessment in Health Care Settings*. Springer-Verlag, Heidelberg.
- WORTMAN, C.B. y DUNKEL-SCHETTER, C. (1979).- Interpersonal relationships and cancer: a theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, 35 (1), 120-155.
- WRIGHT, R.G., SAND, P., y LIVINGSTON, G. (1966).- Psychological stress during hemodialysis for chronic renal failure. *Annals of Internal Medicine*, 64, 611-621.
- WYNDER, E.L. y GORI, G.B. (1977).- Contribution of the environment to cancer incidence: an epidemiologic exercise. *Journal of the National Cancer Institute*, 58, 825-832.
- ZARSKI, J.J., WEST, J.D., DEPOMPEI, R. y HALL, D.E. (1988).- Chronic illness: stressors, the adjustment process, and family-focused interventions. *Journal of Mental Health Counseling*, 10, 145-158.
- ZIARNIK, J., FREEMAN, C.W., SHERRARD, D.J. y cols. (1977).- Psychological correlates of survival on renal dialysis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 164, 210-213.
- ZILLER, R.C. (1974).- Self-other orientation and quality of life. *Social Indicators Research*, 1, 301-327.
- ZIMMERMANN, E. (1989).- Lebensqualität während Nierenersatztherapie (Quality of life in artificial kidney therapy). *Wien Klin Wochenschr*, 101, 780-784.

## 11. ANEXO



## **MATERIAL DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA**

### CODIGO DE CORRECCION DE LA ENTREVISTA DE CALIDAD DE VIDA

Pregunta	Codificación correspondiente
Número de identificación	
<b>1.- IDENTIFICACIÓN PERSONAL</b>	
Sexo	Mujer= 0, Varón=1
1.2.- Edad en años:	se codifica en años (dos dígitos)
1.3.- Domicilio actual:	0= menos de 10.000 habitantes 1= entre 10.000 y 50.000 2= más de 50.000 3= capitales
1.6.- Estado civil:	0= soltero 1= casado 2=viudo 3=separado 4=divorciado
1.7.- Número de hijos:	Nº, si más de 9, poner 9.
1.7.- Profesión:	0= parado 1= trabajadores no cualificados 2= trabajadores manuales cualificados 3= adiministrativos de rango superior 4= profesionales medios y pequeños empresarios de menos de 20 trabajadores 5= profesional liberal,ejecutivo,militar oficial 6= pensionista 7= estudiante 8= ama de casa 9= jubilado
1.8.- Nivel escolar:	0= no sabe leer y escribir 1= sabe leer y escribir, primaria 2= terminó bachillerato o FPII 3= estudios universitarios (terminados)
2.1.- Ocupación del cónyuge:	0= parado 1= trabajadores no cualificados 2= trabajadores manuales cualificados 3= adiministrativos de rango superior 4= profesionales medios y pequeños empresarios de menos de 20 trabajadores 5= profesional liberal,ejecutivo,militar oficial 6= pensionista o jubilado 7= estudiante 8= ama de casa 9= no tiene esposo/a
<b>2.- PROBLEMAS FAMILIARES</b>	
2.4.- Casi todo el mundo tiene problemas familiares, ¿cuáles son los suyos?	Cada categoría es una variable, son 12, ausencia=0, presencia=1.
	Relaciones con familia
	Problemas con la pareja
	Problemas de relaciones con los hijos

	Preocupación por el futuro de los hijos y por sus problemas (de los hijos)
	Problemas de otros familiares
	Problemas intrapersonales
	La enfermedad
	Problemas sexuales
	Problemas laborales
	Está en paro, no encuentra trabajo
	Problemas económicos
	Otros problemas
2.5.- Existe algún miembro de la familia que sufra de alcoholismo, drogadicción o algún otro problema médico o psicológico?	0=No 1=Si
<b>3. DATOS RELACIONADOS CON SALUD FISICA</b>	
3.1.- Régimen de vida	0= normal 1= restricción moderada 2= restringida 3= muy restringida
3.2.- Régimen alimenticio	0= normal 1= limitación en uno o dos elementos 2= limitación moderada 3= bastante restringida 4= régimen muy severo
3.4.- Describa brevemente los problemas actuales que le han llevado a ver al médico la última vez.	6 categorías: 1= presencia; 0= ausencia
	Revisión
	Remitido por otro médico
	Tensión, nerviosismo, fatiga,...
	Problemas físicos leves
	Problemas físicos graves
	Otros
3.5.- Evalúe la gravedad de sus problemas en una escala de 0 (nada) a 10 (muy grave):	son 11 variables. Poner dígito de importancia (son dos) y si no cita esa categoría poner 00. Si pone más de un problema de la misma categoría, sumar su puntuación. Para algunos análisis se recodificó agrupando las puntuaciones (0=0; 1-5=1; 6-10=2; >11=3).
	Problemas familiares
	Problemas sexuales
	Problemas de ansiedad, nerviosismo
	Problemas depresivos, angustia
	Problemas laborales
	Problemas económicos
	Enfermedad o sus consecuencias físicas
	Medicación
	Régimen de vida, alimenticio

	Preocupaciones por la enfermedad cara al futuro
	Otros
<b>4. RELACIONES SOCIALES</b>	
4.1.- Sus relaciones sociales son: Como las de los demás Más intensas que las de sus amigos Menores que las de sus amigos	Como la de los demás = 1 Más intensas que las de sus amigos = 0 Menores que las de sus amigos = 2
4.2.- Últimamente: Ha perdido amigos No han cambiado los amigos que tiene Ha ganado amigos	Ha perdido amigos = 2 No han cambiado los amigos que tiene = 1 Ha ganado amigos = 0
4.3.- Últimamente: Tiene más dificultades para conocer gente y establecer relaciones personales Piensa que tiene las mismas dificultades que antes Piensa que tiene menos dificultades, porque al haber pensado más en el ser humano sabe mejor qué hacer	Tiene más dificultades para conocer gente y establecer relaciones personales = 2 Piensa que tiene las mismas dificultades que antes = 1 Piensa que tiene menos dificultades, porque al haber pensado más en el ser humano sabe mejor qué hacer = 0
4.4.- Últimamente: Sale menos de casa, puede ir a menos sitios Sale igual de casa que antes Sale más de casa que antes a buscar diversión	Sale menos de casa = 2 Sale igual de casa que antes = 1 Sale más de casa que antes = 0
<b>5. DATOS LABORALES</b>	
5.1.- ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?	0= ocupación normal 1= trabajos esporádicos 2= ninguna ocupación 3= trabaja en la casa (pero antes tenía trabajo fuera) Se recodificó para algunos análisis en: 0 en caso de que realice su ocupación normal y 1 si no es así.
5.2.- ¿Qué trabajos desempeñó en el pasado?	Hacer sumatorio de número de trabajos, si más de 8=8, si sigue en el mismo poner 0, si nunca trabajó poner 9.
5.3.- ¿Se encuentra satisfecho con su trabajo actual?	0= si 1= no 9= no trabaja 8= está en paro y lo ve como problema Se recodificó para algunos análisis en si o no.
¿Por qué?	0= le gusta, le da satisfacciones personales 1= se conforma, es el que puede hacer 2= está poco reconocido o mal remunerado 3= no le gusta el ambiente de trabajo 4= no le gusta el trabajo, no es su especialidad, tiene otras aspiraciones 9= no trabaja.

5.4.- ¿Tiene problemas económicos?	0= no 1= leves, los normales 2= importantes 3= muy graves
5.5.- ¿Tiene problemas laborales?	0= no 1= si 9= no trabaja 8= está en paro y lo ve como problema. Se recodificó para algunos análisis en si o no.
¿Cuáles?	5 categorías: 1= presencia; 0= ausencia.
	No le gusta el trabajo o la empresa
	Problemas económicos, el negocio va mal
	Problemas con compañeros o el jefe
	Estrés en el trabajo
	Otros
5.6.- ¿Qué puesto le gustaría desempeñar en el trabajo? ¿por qué?	1= el que desempeña 2= otro puesto distinto de un nivel similar de aspiración 3= mayor nivel de aspiración 4= no trabaja pero le gustaría trabajar 5= otro puesto distinto de menor nivel de aspiración 6= el mismo pero en otras condiciones 9= no trabaja
<b>6. RELACIONES SEXUALES</b>	
a) Tipo de cambio:	Son 7 variables: 0= ausencia; 1= presencia;
	Ha habido cambios en las relaciones
	Si, por problemas psicológicos
	Si, malestar físico, miedo a lasti-marse
	Si, problemas con su pareja
	Si, ya no tiene vida sexual
	Disminución de la frecuencia
	Menor deseo sexual
	Miedo a un embarazo
	Problemas de su pareja
	Cambios positivos (mejoraron)
6.2.- ¿Ha tenido antes problemas en sus relaciones sexuales? ¿cuáles?	0= no ha tenido problemas 1= frialdad, no tenía ganas,... 2= problemas como impotencia, vaginismo.. 3= por problemas de su pareja 4= por problemas físicos 5= timidez, miedo, indecisión,... 6= problemas con la pareja 7= problemas psicológicos (estrés, depresión,...) 8= no ha tenido relaciones sexuales Para algunos análisis se recodificó en ausencia-presencia de problemas.

6.3.- ¿Experimenta ansiedad, miedo o culpa a causa de su vida sexual? ¿cuándo?	Se codificó en ausencia-presencia del problema.
6.4.- ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual? ¿por qué?	9= no mantiene relaciones 1= si es satisfactoria (por comprensión, amor,...). 2= si es satisfactoria porque no pide demasiado,... 3= no, por la inhibición sexual de la enfermedad. 4= no, por otros motivos: tabú, problemas de pareja,... Se recodificó para algunos análisis en satisfactoria-insatisfactoria.
6.5.- ¿Cree que su pareja le rehuye?	0= no 1= si 8= no mantien relaciones 9= no tiene pareja Se recodificó para algunos análisis en si o no.
6.6.- ¿Han hablado francamente sobre el sexo?	0= no 1= si 8= no tiene relaciones sexuales 9= no tiene pareja Se recodificó para algunos análisis en si o no.
¿Por qué?	0= sí han hablado, por sinceridad 1= sí porque es un problema y hay que hablarlo 2= no, porque no hay necesidad, todo funciona igual que antes 3= no, no le dan importancia, no se lo han planteado 4= no, porque se conocen y ya lo saben 5= no, por tabú 6= no, porque no sirve de nada 7= no, porque no tiene pareja fija 8= no tiene relaciones sexuales 9= no tiene pareja
6.7.- ¿Va a hablar con su pareja sobre lo que les pasa sexualmente? ¿qué piensa decirle?	0= no, porque no les pasa nada, relaciones normales 1= no, por tabú 2= no, porque ya han hablado de ello 3= no, porque cree que sus problemas son debidos a la relación con su pareja u otros motivos 4= no, porque no tiene pareja fija 5= sí va a hablar 6= no va a hablar porque no quiere que su pareja sospeche que está enfermo 8= no mantiene relaciones sexuales

	9= no tiene pareja Se recodificó para algunos análisis en si o no.
<b>7. INVENTARIO DE PROBLEMAS GENÉRICOS</b>	
Marcar cualquiera de los siguientes problemas que sean aplicables a su caso (son 36)	En todos ellos: 0= ausencia 1= presencia
1. Dolores de cabeza	
2. Mareos	
3. Desmayos	
4. Calambres	
5. Problemas de estómago	
6. Pánico	
7. Diarreas	
8. Estreñimiento	
9. Fatiga (cansancio)	
10. Pesadillas	
11. No puedo conservar el trabajo	
12. Ideas de suicidio	
13. Tensión	
14. Problemas sexuales	
15. Problemas económicos	
16. Ambición excesiva	
17. Miedo a casi todo	
18. No veo salida a mi situación	
19. No me gustan los fines de semana	
20. No me gustan las vacaciones	
21. No puedo hacer amistades	
22. Malas condiciones en el hogar	
23. No puedo divertirme	
24. Dificultades de concentración	
25. Sentimientos de inferioridad	
26. Alcoholismo	
27. Insomnio	
28. Dificultades en relajarme	
29. Drogas	
30. Timidez	
31. Falta de apetito	
32. Problemas de memoria	
33. Incapaz de tomar decisiones	
34. Pocas ganas de vivir	
35. Miedo a la muerte	
36. Palpitaciones	
<b>8. ACTIVIDADES DE CONSOLACIÓN</b>	
8.3.- ¿En qué medida es importante la religión para usted?	0= nada 1= algo 2= bastante 3= mucho

8.4.- Antes de ir al médico ¿consulta sus problemas con otras personas? ¿cuáles?	Son cinco variables: 0= no consultó; 1= si consultó.
	Consultó a familiares
	Consultó a amigos
	Consultó a otros pacientes
	Consultó a curanderos
	Consultó a otros
8.5.- ¿Cree que es bueno que las personas que sufren dolencias se reúnan y formen asociaciones para ayudarse mutuamente?	Son cinco variables: 0= no; 1= si.
	Buscar apoyo
	Buscar información
	Buscar reivindicación
	Sí es bueno que se formen asociaciones
8.6.- Cuando tiene problemas de salud, ¿pide ayuda a su familia?	0= no 1= si
8.7.- ¿Cree que la familia debe apoyar al enfermo? ¿por qué?	Son cinco variables: 0= ausencia; 1= presencia.
	No dan razón
	No, si no es una enfermedad grave
	Si, para darte apoyo, comprensión,..
	Sí, para dar ayuda física o material
	Otros
8.8.- ¿Qué piensa, de verdad, de la asistencia sanitaria? ¿ayuda al enfermo?	0= valoración positiva 1= valoración positiva pero con necesidad de mejoras 2= valoración negativa
8.8.1. ¿Podría mejorar el servicio? ¿cómo podría hacerse?	Cada categoría es una variable, son 8, presencia= 1, ausencia= 0.
	Es inmejorable
	Eliminado la masificación
	Humanización
	Puntualidad
	Mejorar las condiciones estructurales, alimenticias, de higiene
	Aumento y mejor preparación del personal sanitario
	Necesidad de que se de más y mejor información
	Avances técnicos
<b>9. OCIO Y DIVERSIÓN</b>	
9.1.- ¿Qué hacía cuando era más joven para divertirse?	Cada categoría es una variable, son 9, presencia= 1, ausencia= 0.
	Actividades sociales extrafamiliares
	Actividades y juegos de reposo
	Actividades al aire libre
	Actividades domésticas, laborales, de entretenimiento y hobbies,...



	Actividades deportivas
	Visitas y relaciones familiares
	Acudir a eventos culturales, deportivos, religiosos
	Viajar o cambiar de residencia
	Trabajar y estudiar
9.2.- ¿Qué hace los fines de semana?	Cada categoría es una variable, son 9, presencia= 1, ausencia= 0.
	Actividades sociales extrafamiliares
	Actividades y juegos de reposo
	Actividades al aire libre
	Actividades domésticas, laborales, de entretenimiento y hobbies,...
	Actividades deportivas
	Visitas y relaciones familiares
	Acudir a eventos culturales, deportivos, religiosos
	Viajar o cambiar de residencia
	Trabajar y estudiar
9.3.- ¿Qué hace en las vacaciones?	Cada categoría es una variable, son 11, presencia= 1, ausencia= 0.
	Actividades sociales extrafamiliares
	Actividades y juegos de reposo
	Actividades al aire libre
	Actividades domésticas, laborales, de entretenimiento y hobbies,...
	Actividades deportivas
	Visitas y relaciones familiares
	Acudir a eventos culturales, deportivos, religiosos
	Viajar o cambiar de residencia
	Trabajar y estudiar
	No tiene vacaciones o hace lo mismo que el resto del año
	Siempre está de vacaciones
9.4.- ¿En qué le gustaría ocupar su tiempo libre?	Cada categoría es una variable, son 10, presencia= 1, ausencia= 0.
	Actividades sociales extrafamiliares
	Actividades y juegos de reposo
	Actividades al aire libre
	Actividades domésticas, laborales, de entretenimiento y hobbies,...
	Actividades deportivas
	Visitas y relaciones familiares
	Acudir a eventos culturales, deportivos, religiosos
	Viajar o cambiar de residencia
	Trabajar y estudiar
	Nada en especial o no tiene tiempo libre

9.5.- Mencione cinco cosas o actividades que cuando era más joven hacía y le gustaban y ahora no puede realizar.	Cada categoría es una variable, son 12, presencia= 1, ausencia= 0.
	Actividades sociales extrafamiliares
	Actividades y juegos de reposo
	Actividades al aire libre
	Actividades domésticas, laborales, de entretenimiento y hobbies,...
	Actividades deportivas
	Visitas y relaciones familiares
	Acudir a eventos culturales, deportivos, religiosos
	Viajar o cambiar de residencia
	Trabajar y estudiar
	Puede hacer las misma cosas
	Comidas y restricciones físicas
	Mantener relaciones sexuales

**MATERIAL DE EVALUACIÓN DE PERSONALIDAD  
Y AFRONTAMIENTO**

---

**CUESTIONARIO EXTRAVERSIÓN-NEUROTICISMO (E-N)****V. Pelechano****INSTRUCCIONES**

La siguiente lista de afirmaciones se refiere a su modo de comportarse en la vida diaria.

No importan las causas o razones que lo provoque. Todas las respuestas son igualmente correctas.

La tarea a realizar consiste en responder a estas cuestiones con sinceridad. No escriba nada en el cuadernillo sino en el lugar correspondiente de la HOJA DE RESPUESTAS.

**Ejemplo**

La lluvia es buena

Si cree que la lluvia es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente en la HOJA DE RESPUESTAS la "S"

Si cree que la lluvia no es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente en la HOJA DE RESPUESTAS la "N".

SEA SINCERO, POR FAVOR. NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.

EL OBJETIVO QUE PERSIGUE ESTE ESTUDIO ES INTENTAR OFRECER AYUDA MÁS EFICAZ A LAS PERSONAS QUE LO NECESITEN. Con ello a la vez que les ayudamos a ellas nos ayudamos a nosotros mismos.

Puede tener la seguridad de que sus datos de identificación personal se mantienen en secreto.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Si algo no entiende, este es el momento de preguntar. Espere que le den la señal para comenzar.

- 1.- Tengo normalmente respuesta adecuada cuando me hacen una observación directa sobre mi modo de ser o comportarme.
- 2.- Se me va muy frecuentemente la imaginación en cosas que normalmente no llevo a cabo.
- 3.- A menudo me siento de mal humor, desconcertado(a).
- 4.- Acostumbro a actuar rápido y con seguridad.
- 5.- Puedo actuar frecuentemente de modo espontáneo y sin esfuerzo en una reunión social.
- 6.- Me tengo a mí mismo(a) como una persona habladora.
- 7.- A menudo mis pensamientos vuelan de una parte a otra cuando intento concentrarme en un asunto determinado.
- 8.- Me conceptúo a mí mismo(a) como especialmente nervioso(a) y en tensión.
- 9.- La gente considera que soy vivaz, activo(a).
- 10.- Me gusta "soñar despierto".
- 11.- Generalmente me gusta tomar la dirección de las acciones que se hayan de tomar en grupo.
- 12.- A menudo me invade y sin razón especial un sentimiento de indiferencia y cansancio.
- 13.- Me considero una persona alegre y activa.
- 14.- Unas veces me siento como rebosante y otras lento(a) y perezoso(a).
- 15.- Me resulta difícil actuar por mí mismo(a) entre un grupo de gente.
- 16.- Frecuentemente me asaltan ideas tontas, inútiles, que vuelven una y otra vez a mi imaginación.
- 17.- Mis sentimientos son heridos con facilidad.
- 18.- Me siento mejor ocupando un lugar secundario en las reuniones sociales.
- 19.- Yo soy quien da el primer paso para lograr nuevas amistades.
- 20.- Alguna vez me asalta sin razón alguna un sentimiento despreciable, miserable.
- 21.- Me pongo de mal humor con facilidad.
- 22.- Algunas veces me siento, y sin razón aparente, alegre y triste sucesivamente.
- 23.- Me desconcierto fácilmente.
- 24.- He tomado parte activa en la organización de una asociación o grupo.
- 25.- A menudo cambio de humor con o sin razón suficiente.
- 26.- Me pongo nervioso(a) cuando tengo que esperar.
- 27.- Considero que una crisis o dificultad es tan sólo motivo de disgusto.
- 28.- Desempeño de buena gana un papel activo en las reuniones o estando con otras personas.
- 29.- Me preocupo fácilmente por posibles adversidades.
- 30.- Me he preocupado demasiado alguna vez por cosas insignificantes.
- 31.- Me desconcierto si me siento observado(a) por la gente en la calle o lugares públicos.
- 32.- Soy muy nervioso(a).
- 33.- Soy especialmente difícil en el trato con los demás de modo que no tengo tanto "éxito" como podría tener.
- 34.- Alguna vez he tenido el sentimiento de tener dificultades enormes, insuperables.
- 35.- A menudo sueño en cosas que me guardo para mí y no digo a nadie.
- 36.- Me resulta difícil el hablar o exponer mis ideas delante de un grupo numero de personas.

---

## CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN EXTREMA (MOTEX)

V. Pelechano

### INSTRUCCIONES

La siguiente lista de afirmaciones se refieren a su modo de comportarse en la vida diaria.

No importan las causas o razones que lo provoquen. Todas las respuestas son igualmente correctas.

La tarea a realizar consiste en responder a estas cuestiones con sinceridad. No escriba nada en el cuadernillo sino en el lugar correspondiente de la HOJA DE RESPUESTAS.

#### Ejemplo

La lluvia es buena

Si cree que la lluvia es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente en la HOJA DE RESPUESTAS la "S"

Si cree que la lluvia no es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente en la HOJA DE RESPUESTAS la "N".

SEA SINCERO, POR FAVOR. NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.

EL OBJETIVO QUE PERSIGUE ESTE ESTUDIO ES INTENTAR OFRECER AYUDA MÁS EFICAZ A LAS PERSONAS QUE LO NECESITEN. Con ello a la vez que les ayudamos a ellas nos ayudamos a nosotros mismos.

Puede tener la seguridad de que sus datos de identificación personal se mantienen en secreto.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Si algo no entiende, este es el momento de preguntar. Espere que le den la señal para comenzar.

- 1.- Frecuentemente empiezo cosas que después no termino.
- 2.- Muchas veces dejo de lado mis planes porque me falta la suficiente confianza en mi mismo(a) como para ponerlos en práctica.
- 3.- Estoy contento(a) cuando hago trabajos difíciles por el mero hecho de hacerlos, aunque no obtenga por ello gratificación especial alguna.
- 4.- Una vida sin trabajar sería maravillosa.
- 5.- Antes de dar comienzo a una tarea difícil creo, muy frecuentemente, que irá mal.
- 6.- Estaría también contento(a) si no tuviese que trabajar.
- 7.- Normalmente trabajo más duro que mis compañeros(as).
- 8.- Yo me haría cargo de un puesto de responsabilidad aun cuando no estuviera pagado como debiera.
- 9.- Frecuentemente tomo a la vez demasiado trabajo.
- 10.- El estar nervioso(a) me "pincha" para rendir más.
- 11.- Siento ansiedad cuando espero un mal resultado de una prueba o gestión que he realizado.
- 12.- Después de hacer una prueba o tomar una resolución sobre un asunto importante, estoy en tensión hasta que conozco los resultados.
- 13.- Mi rendimiento mejora si espero alguna recompensa especial por él.
- 14.- Una de mis principales dificultades es la ansiedad que siento ante una situación difícil.
- 15.- A mayor responsabilidad de la tarea a realizar yo exigiría una mayor recompensa.
- 16.- Creo que soy bastante ambicioso(a).
- 17.- Algunas veces me hago cargo de tanto trabajo que no tengo tiempo ni para dormir.
- 18.- Los fracasos me afectan mucho.
- 19.- No sé por qué, pero la verdad es que trabajo más que los demás.
- 20.- En las ocasiones importantes estoy casi siempre nervioso(a).
- 21.- En las situaciones difíciles siento a veces tal ansiedad que me da casi lo mismo el resultado final.
- 22.- Si estoy un poco nervioso(a) aumenta mi capacidad para reaccionar ante cualquier circunstancia.
- 23.- Con tal de hacer algo soy capaz de trabajar, aunque el pago que se dé a mi trabajo sea, a todas luces, insuficiente.
- 24.- Aunque no sé muy bien la razón, lo cierto es que siempre ando más ocupado(a) que mis compañeros(as).
- 25.- Puedo trabajar mucho sin fatigarme.
- 26.- En una situación difícil mi memoria se encuentra fuertemente bloqueada.
- 27.- Si estoy en un aprieto trabajo mejor de lo que lo hago normalmente.
- 28.- El trabajo ocupa demasiado tiempo en mi vida.
- 29.- Normalmente alcanzo mejores resultados en situaciones críticas.
- 30.- Cuanto más difícil se torna una tarea, tanto más me animo a hacerme con ella.
- 31.- Si tuviese que hacer en colaboración con los otros algo extraordinario me dejaría para mí mismo(a) la parte más dura y enconada.
- 32.- Llevo a cabo como propia obligación hasta los trabajos aparentemente más absurdos.
- 33.- Si algo se me pone "entre ceja y ceja" lo logro con toda seguridad.
- 34.- Debería ser un honor para muchos el trabajar en colaboración conmigo.

- 
- 35.- Podría hacer cosas tan extraordinarias que la Humanidad me recordaría.
  - 36.- Por lo general, en las discusiones violentas sobre asuntos importantes soy yo quien lleva la voz cantante.
  - 37.- Mi cabeza funciona tan exactamente como una máquina de calcular.
  - 38.- Mucha gente cree que estoy capacitado para hacer cosas extraordinarias.
  - 39.- Será muy difícil encontrar un colaborador tan bueno como yo.
  - 40.- Me parece normal que a causa de mis cualidades se me cuente entre los mejores.
  - 41.- Los trabajos más duros están hechos exactamente a mi medida.
  - 42.- Los otros encuentran difícil seguir mi ritmo de trabajo.
  - 43.- Creo que podría hacer más cosas de las que hacen la mayoría de los políticos, si estuviese en su lugar.
  - 44.- Gracias a mi gran competencia he superado con mucho a los demás en el trabajo.
  - 45.- En las situaciones difíciles llega a apoderarse de mí una sensación de pánico.



---

## CUESTIONARIO DE LOCUS DE CONTROL (LOCUS)

**V. Pelechano y M.J. Báguena**

En las páginas que siguen se encuentran una serie de afirmaciones sobre el modo de pensar y actuar en nuestra vida cotidiana.

Junto a esta lista de afirmaciones se le entregará una HOJA DE RESPUESTAS. No escriba nada en la lista de afirmaciones, hágalo en la hoja de respuestas.

En la hoja de respuestas se encuentran cuatro posibilidades de respuesta para cada una de las afirmaciones. La significación es la siguiente:

- A** = nunca
- B** = alguna vez
- C** = frecuentemente
- D** = siempre

Su tarea consiste en leer atentamente cada una de las afirmaciones y señalar en LA HOJA DE RESPUESTAS aquella alternativa que, sinceramente, refleje su opinión al respecto.

Ejemplo:

Leo el periódico

En la hoja de respuestas aparece: A B C D

Si usted lee el periódico siempre, señale en el ejemplo la letra D

Si usted lee el periódico frecuentemente, señale la letra C

Si sólo lee el periódico alguna vez, señale la letra B

Si usted nunca lee el periódico, señale la letra A

CONTESTE, POR FAVOR A TODAS LAS CUESTIONES.

SEA SINCERO EN SUS RESPUESTAS.

El objetivo que persigue esta prueba es ayudar al conocimiento de las personas. La utilización de la información dejará siempre celosamente salvaguardados los derechos que todos los seres humanos tenemos de intimidad y conocimiento personal.

MUCHAS GRACIAS

- 
- 1.- Cuando hago un balance de mi vida pasada creo que me han salido más cosas mal que bien.
  - 2.- En el trabajo uno debe confiar en sí mismo y no en los demás.
  - 3.- Cuando alguna vez he perdido a algún amigo pienso que ha sido por las circunstancias que han actuado en contra de esa amistad.
  - 4.- Hay días que parece que me haya levantado con el pie izquierdo pues haga lo que haga todo me sale mal.
  - 5.- Cuando he realizado una actividad en grupo y ésta ha fracasado normalmente ha sido por culpa de los demás que no se han esforzado lo suficiente.
  - 6.- Cuando me propongo hacer algo, lo hago por encima de todo, pese a quien pese y caiga quien caiga.
  - 7.- Me considero una persona de suerte, hasta tal punto que muchas de las cosas que he conseguido en esta vida se las debo a ella.
  - 8.- Cuando un compañero ha realizado mal una tarea pienso que los 'hados' se han cebado en él dándole mala suerte.
  - 9.- Pienso que si las cosas empiezan a salirme bien por la mañana va a ser un buen día haga lo que haga.
  - 10.- A menudo me doy cuenta de que a pesar de mis mejores esfuerzos algunos resultados parece que suceden como si el destino los hubiese planeado de esa manera.
  - 11.- Si en mis relaciones con los demás surge algún problema dejo las cosas a su aire, pues intente lo que intente, las cosas casi siempre me salen al revés.
  - 12.- Cuando discuto con alguien, no discuto porque yo quiera sino porque el otro es, normalmente, exaltado.
  - 13.- Hago planes y me ilusiono con ello, pese a que sí se convierte o no en realidad, depende de la suerte.
  - 14.- El clima que haga es un factor que influye para realizar bien o no el trabajo de cada día.
  - 15.- Soy una persona que siempre se siente culpable de todo.
  - 16.- A veces he tenido la sensación de que hago cosas que no quiero hacer sin que nadie me haya obligado.
  - 17.- Cuando se me presenta un problema por pequeño que les parezca a los demás, a mí siempre me parece una montaña. Y haga lo que haga creo que no podré solucionarlo.
  - 18.- A menudo tengo la impresión de que hago las cosas no por mí mismo(a) sino por las personas que se encuentran más cercanas a mí.
  - 19.- Cuando estoy presente en la discusión de unos amigos, generalmente no intervengo; no por miedo a ser indiscreto, sino porque diga lo que diga no me van a hacer caso.
  - 20.- Lo que a menudo cuenta para obtener algún trabajo no es lo que uno sabe, sino a quien conoce.
  - 21.- Cuando le estoy explicando algo a alguien y no lo entiende, es por su culpa, puesto que no me presta la atención suficiente.
  - 22.- Cuando me presentan a una persona y me doy cuenta de que no le soy simpática, pienso que no puedo hacer nada para remediar esta situación.
  - 23.- Ante una situación difícil pienso que no voy a poderla resolver por mi mismo(a).

- 
- 24.- Si algo le va mal a un(a) amigo(a) mío(a) sé cómo analizar el problema para encontrar soluciones, pero si el problema lo tengo yo no acabo de verlo claro casi nunca.
  - 25.- Haga lo que haga, las cosas que tienen que pasar pasarán.
  - 26.- Mi vida se rige normalmente por aquello de que hay que vivir el hoy porque el mañana no existe.
  - 27.- Las desgracias y los éxitos que he tenido a lo largo de toda mi vida son el resultado directo de mis propias acciones.
  - 28.- Me gusta trabajar independientemente, así los éxitos o los fracasos se deben siempre a mí.
  - 29.- Cuando me he comprometido a realizar un trabajo que me interesa y no lo he cumplido no ha sido por mi culpa sino por la torpeza de los otros.
  - 30.- En mis relaciones personales y en el trabajo soy muy exigente conmigo mismo(a).
  - 31.- Soy más crítico(a) conmigo mismo(a) que con los demás.
  - 32.- Cuando he obtenido un mal resultado en una prueba pienso que es porque no me esforcé en prepararme lo necesario.
  - 33.- Si alguna vez he ganado practicando cualquier deporte pienso que es porque puse todo mi empeño en hacerlo.
  - 34.- Cuando tengo que realizar por necesidad algún trabajo que no me gusta, el que éste me salga bien o mal depende de las circunstancias, no de mí.
  - 35.- Cuando trato con los amigos temas que no me interesan especialmente suelo cambiar frecuentemente de ideas en función de sus opiniones.
  - 36.- Cuando no hago lo que me gusta hacer, no es por mi culpa, sino por los demás.
  - 37.- El camino más seguro para lograr éxito profesional pasa por trabajar duro y tener ideas claras acerca de lo que uno quiere hacer.
  - 38.- Cuando miro a mi alrededor y veo el éxito social que poseen algunas personas pienso que hay quien "nace con estrella" y otros "nacen estrellados".
  - 39.- Mi éxito en la vida depende del concepto que los demás tengan de mí.
  - 40.- Las situaciones que implican un riesgo me gustan porque ponen a prueba el dominio de mí mismo(a).
  - 41.- Yo tendría mucho éxito si me ofreciesen la oportunidad para ello.
  - 42.- Cuando he puesto toda mi voluntad en hacer algún trabajo y han empezado a surgir impedimentos, rápidamente lo he desechado.
  - 43.- Cuando hablo con mi familia sobre mis problemas, suelo llevarles la corriente, pues diga lo que diga, es prácticamente imposible cambiar su mentalidad sobre determinados asuntos.
  - 44.- Hacer con los amigos planes para realizar algún viaje e ilusionarse con ellos no es rentable puesto que en cualquier caso, el que se haga o no se haga el viaje depende de la decisión de los demás y no de la mía.
  - 45.- Cuando algo me sale mal me desmoralizo fácilmente porque me han salido muchas cosas mal antes.
  - 46.- Aprobar los exámenes es una cuestión de suerte en su mayor parte.
  - 47.- Cuando consigo cualquier cosa que me he propuesto, olvido rápidamente los esfuerzos que he empleado en conseguirla y pienso que lo que he tenido es mucha suerte para haberlo logrado.

- 
- 48.- Si algo se me mete "entre ceja y ceja" lo hago con toda seguridad, al margen de las consecuencias que tenga.
  - 49.- Nadie sino yo mismo(a) puede juzgar lo que me pasa.
  - 50.- Veo con cierta claridad las consecuencias inmediatas de mis actos. Lo que pase en un futuro más lejano importa poco.
  - 51.- La mayoría de los problemas que tenemos se resuelven por sí mismos, si nos damos tiempo para ello.
  - 52.- Realizo acciones por las acciones mismas y no me importan las consecuencias.
  - 53.- La burocracia impide que seamos dueños de muchos de nuestros propios actos.
  - 54.- Me parece que las personas que me rodean, mandan que yo haga muchas cosas, de modo implícito, larvado y sin exponer con claridad.
  - 55.- A veces me parece que hago cosas porque sí, sin que pueda volverme atrás una vez he comenzado a hacerlas.
  - 56.- En mi vida personal me fío de mí mismo(a). Y de nadie más.
  - 57.- Cuando una persona tiene muchos amigos es porque los demás se fijan en ella.
  - 58.- He pasado por épocas en las que he tenido éxito y otras en las que me he sentido muy solo(a). Pensándolo bien, me parece que no he hecho nada para ello.
  - 59.- Tengo un sentido del humor tan especial que a los demás no les hace ninguna gracia.
  - 60.- Tan sólo en mi ironía con los demás me lo paso bien, a pesar de que los hiera.
  - 61.- No me gusta zaherir a los demás, pero es algo que no puedo controlar.
  - 62.- Suelo provocar malos entendidos pero no me atrevo a aclarar la situación.

**CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (EEAA)****V. Pelechano**

En las páginas que siguen se encuentran una serie de afirmaciones sobre el modo de pensar y actuar en nuestra vida cotidiana.

Junto a esta lista de afirmaciones se le entregará una HOJA DE RESPUESTAS. No escriba nada en la lista de afirmaciones, hágalo en la hoja de respuestas.

Su tarea consiste en leer atentamente cada una de las afirmaciones y señalar en LA HOJA DE RESPUESTAS aquella alternativa que, sinceramente, refleje su opinión al respecto.

Ejemplo:

"El ser humano ha nacido para sufrir"

En la hoja de respuestas se encuentran cuatro alternativas:

- A** significa "en absoluto, de ninguna manera"
- B** significa "en alguna medida, ligeramente de acuerdo"
- C** significa "bastante o bastante de acuerdo"
- D** significa "en gran medida"

CONTESTE, POR FAVOR A TODAS LAS CUESTIONES.

SEA SINCERO EN SUS RESPUESTAS.

El objetivo que persigue esta prueba es ayudar al conocimiento de las personas. La utilización de la información dejará siempre celosamente salvaguardados los derechos que todos los seres humanos tenemos de intimidad y conocimiento personal.

MUCHAS GRACIAS

- 1.- Pienso en lo que puede sucederme.
- 2.- Intento analizar el problema para conocerlo mejor.
- 3.- Intento tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creo que saben sobre él.
- 4.- Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.
- 5.- Pienso que, como la gripe, es una cosa pasajera y que el tiempo lo arreglará todo.
- 6.- Hablo con quien sabe, para saber a qué atenerme.
- 7.- Pregunto a una persona de la que me fío para que me diga qué me está pasando.
- 8.- Hago cosas en las que no creo, pero al menos no me quedo sin hacer nada.
- 9.- Me critico a mí mismo(a) porque creo que yo tengo parte de culpa, al menos.
- 10.- Confío en que no voy a enfermar por ello.
- 11.- Sigo adelante igual que antes (creo que mi destino está fijado).
- 12.- Intento resolver el problema por mí mismo(a).
- 13.- Hago lo que tengo que hacer y no le digo nada a mi familia.
- 14.- Guardo para mí lo que me pasa para no preocupar a mi familia.
- 15.- Se lo digo a la familia para que me puedan ayudar.
- 16.- Intento mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debe tener.
- 17.- Me desespero y pienso que el mundo es injusto.
- 18.- Desde que lo sé no puedo dormir pero no digo lo que pasa.
- 19.- Me siento más irritable que lo de costumbre y lo pagan los que están más cerca de mí.
- 20.- Pienso más de una vez que la culpa la tiene mi familia, por los disgustos que me dan.
- 21.- Pienso que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella.
- 22.- Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.
- 23.- Me digo a mí mismo(a) cosas que me hacen sentirme mejor.
- 24.- Pienso que es una señal y me siento más creativo(a) que normalmente.
- 25.- Pienso que tengo que arreglar las cosas con mi familia.
- 26.- Pienso que la vida son cuatro días y que no merece la pena enfadarse por casi nada.
- 27.- Intento olvidarme de todo.
- 28.- Estoy cambiando; creo que estoy madurando como persona.
- 29.- Espero a ver lo que pasa, antes de hacer cualquier cosa.
- 30.- Me desespero y lloro solo(a) durante un rato.
- 31.- Pienso que ya nada puede ser como antes.
- 32.- He pensado un plan de acción y lo estoy siguiendo.
- 33.- Pienso que yo soy el(la) principal responsable del problema.
- 34.- No puedo concentrarme porque las ideas sobre lo que me pasa me vienen una y otra vez a la cabeza.
- 35.- Procuo hablar con las personas que me merecen confianza para que me digan lo que tengo que hacer.
- 36.- Me "alejo" del problema. Me tomo unos días en los que no pienso sobre ello.
- 37.- Intento sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas,...).

- 
- 38.- Tomo más decisiones arriesgadas que antes de tener ese problema o situación.
  - 39.- Pienso que no puede pasarme nada peor.
  - 40.- Pienso que, dentro de todo, tengo suerte.
  - 41.- Intento no apresurarme y pensar con calma. Una y otra vez me digo que tengo que tomarme las cosas con calma.
  - 42.- Busco tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida).
  - 43.- Mantengo el tipo y "a mal tiempo, buena cara".
  - 44.- Me doy cuenta de lo que es importante en la vida.
  - 45.- He cambiado algo mis puntos de vista sobre lo que vale y lo que no vale en la vida.
  - 46.- Hago lo posible para que los problemas que tengo con mi familia y amigos se arreglen.
  - 47.- Evito estar con gente.
  - 48.- No permito que la situación o el problema me venza: sigo mi vida normal y evito pensar en el problema.
  - 49.- Pienso que mi vida ha cambiado radicalmente.
  - 50.- Me siento una persona disminuida.
  - 51.- Oculto a mis amigos qué me pasa de verdad.
  - 52.- Digo lo que me pasa a mis amigos. Así llegan a respetarme más.
  - 53.- No tomo en serio la situación: me niego a tomarla en serio.
  - 54.- Recorro a experiencias pasadas; busco entre mis recuerdos algo similar para aplicar las mismas soluciones.
  - 55.- Sé lo que tengo que hacer, así que me esfuerzo para hacer lo que debo.
  - 56.- Me prometo a mí mismo(a) que mi vida va a cambiar y que voy a coger las cosas verdaderamente en serio.
  - 57.- Después de pensarlo bien, me propongo un par de soluciones distintas.
  - 58.- Pienso que esas cosas no me pueden pasar a mí.
  - 59.- Lo he aceptado porque no puedo hacer otra cosa.
  - 60.- Intento que mis sentimientos y preocupaciones no interfieran con las cosas que hago todos los días.
  - 61.- Deseo cambiar lo que está ocurriendo o la forma de pensar y sentir mía al respecto.
  - 62.- Pienso que es menos grave de lo que me dicen porque la gente siempre tiende a exagerar un poco para asustarte.
  - 63.- Sueño o imagino otro tiempo en el que las cosas me iban mejor.
  - 64.- Rezo.
  - 65.- Pienso que sólo Dios sabe los que está pasando y me dan ganas de ir a una iglesia.
  - 66.- Repaso mentalmente lo que tengo que hacer y decir.
  - 67.- Pienso cómo actuaría en esa situación una persona a la que admiro y respeto y la tomo como modelo.
  - 68.- Intento verme "desde fuera", como lo vería una persona distinta a mí y a la que no le pasaran estas cosas.
  - 69.- Me digo a mí mismo(a) que las cosas pueden ser peor.
  - 70.- Pienso que he tenido muy mala suerte en la vida.

- 
- 71.- Pienso que, como soy una persona con suerte, el futuro no va a ser tan malo como parece.
- 72.- No puedo pensar nada y estoy como "ido"(a).
- 73.- Me siento como si me hubiesen dado un mazazo en la cabeza.
- 74.- Pienso que no soy la única persona en el mundo con ese problema y por ello, saldré adelante.
- 75.- Me aferro a los que me han ayudado desde el principio como un rayo de esperanza.
- 76.- Pienso que debería haberme cuidado más antes de ahora.
- 77.- Pienso que, en definitiva, me había "pasado" a lo largo de mi vida demasiadas veces.
- 78.- Pienso que lo que me queda debe ser mejor que lo que he pasado y me propongo pasarlo mejor.



**ANÁLISIS BIVARIADOS EN LOS FACTORES DE  
PRIMER ORDEN DE SINTOMATOLOGÍA GENERAL  
(PROBLEMAS GENÉRICOS)**

## SINTOMATOLOGÍA GENERAL

MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS DISTINTOS GRUPOS EN LOS FACTORES DE PRIMER ORDEN

FACTOR	DIALISIS N=70		HIPERT. N=101		NEFROP. N=70		TRASPL. N=41		CANCER N=116		DIABET. N=105		NO ENF. N=352	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
Ansiedad	2.66	1.57	3.24	1.72	2.73	2.09	2.10	1.77	2.99	1.93	1.99	1.88	1.89	1.67
Disgusto con ocio y dificultades en hacer amistades	.33	.74	.18	.46	.24	.52	.29	.64	.35	.70	.32	.75	.15	.44
Decisión y ausencia de timidez y problemas de concentración	1.96	.88	1.95	1.08	2.03	.95	2.17	.95	2.05	.95	1.98	1.04	2.28	.89
Ausencia de palpitaciones	.97	.96	1.10	.93	1.06	.95	1.22	.88	1.45	.80	1.33	.85	1.63	.62
Ausencia de depresión	3.04	1.10	3.42	.93	3.09	1.26	3.68	.57	3.39	.99	3.30	1.05	3.61	.78
Problemas diversos (ocio, laborales, sexuales)	.81	.84	.44	.64	.64	.87	.46	.64	.76	.88	.47	.71	.24	.51
Ausencia de problemas circulatorios y estreñimiento	1.76	.92	1.68	.91	1.93	1.00	2.24	.80	2.13	.83	1.92	1.00	2.18	.73
Problemas económicos y cansancio	1.13	.87	.70	.78	.99	.94	.63	.73	.91	.89	.77	.81	.99	.86
Problemas digestivos y alteraciones del sueño	2.04	1.28	1.41	1.23	1.43	1.36	.76	.97	1.64	1.36	1.35	1.39	.95	.98

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS DIFERENCIAS DE MEDIAS EN LOS FACTORES DE PRIMER ORDEN

FACTOR	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-9	1-2	1-3	1-4	1-5	1-9	2-3	2-4	2-5	2-9	3-4	3-5	3-9	4-5	4-9
Ansiedad	_*				**	***		***		***	***			*	**	_**			***	***
Disgusto con ocio y dificultad en hacer amistades						*			_*											**
Decisión y ausencia de timidez y problemas de concentración						_**					_**				_*					_*
Ausencia de palpitaciones				_-***	_**	_-***			_**		_-***		_-**	_-*	_-***			_-**		_-*
Ausencia de depresión	_*		_-***	_*		_-***		_*				_-***			_-***	*	**			_*
Problemas diversos (ocio, laborales, sexuales)	**		*		**	***			_**		**				***	_*		*	**	***
Ausencia de problemas circulatorios y estreñimiento			_-**	_-**		_-***		_-***	_-***		_-***				_*					
Problemas económicos y cansancio	***		**		**		_*				_-**	*						_-**		
Problemas digestivos y alteraciones del sueño	***	**	***	*	***	***		**			***	**			**	_-***	_-**			***

### NOTA:

Se ha eliminado el cero y la coma decimal ha sido sustituida por un punto.

X= Media; DT= Desviación Típica.

0= diálisis ; 1= hipertensión ; 2= nefropatías ; 3= trasplante ; 4= cáncer ; 5= diabetes ; 9= no enfermos.

0-1=Comparación entre diálisis e hipertensión; 0-2=diálisis vs. nefropatías; 0-3=diálisis vs. trasplante; 0-4=diálisis vs. cáncer; 0-5=diálisis vs. diabetes; 0-9=diálisis vs. no enfermos; 1-2=Hipertensión vs. nefropatías; 1-3=hipertensión vs. trasplante; 1-4=hipertensión vs. cáncer; 1-5=hipertensión vs. diabetes; 1-9=hipertensión vs. no enfermos; 2-3=Nefropatías vs. trasplante; 2-4=nefropatías vs. cáncer; 2-5=nefropatías vs. diabetes; 2-9=nefropatías vs. no enfermos; 3-4=Trasplante vs. cáncer; 3-5=trasplante vs. diabetes; 3-9=trasplante vs. no enfermos; 4-5=Cáncer vs. diabetes; 4-9=cáncer vs. no enfermos; 5-9=Diabetes vs. no enfermos.

\*=p<0.05; \*\*=p<0.01; \*\*\*=p<0.001.

## **MATRICES DE CORRELACIONES**



	AN1	AN3	AN4	AN5	AN9	A10	JO1	JO2	JO3	JO5	JO7	J10	J11	J12	J13	J15	J16	VA2	VA3	VA8	V10	TL1	TL2	TL3	TL4	TL5	TL9	SO1	SO2	SO3	SO4
TR1	-.13	-.05	-.00	-.12	.23	-.02	.01	-.03	.01	-.09	-.02	.03	.03	-.01	-.14	-.07	-.02	.01	-.01	-.15	.09	.01	-.02	-.08	.02	-.05	.09	.08	.06	.21	.08
TR2	.03	-.07	.05	.05	.08	-.09	.10	.00	.05	.03	.02	.09	-.04	-.03	.02	.05	-.03	.03	.13	-.12	.02	.06	.08	.03	.04	-.03	.08	-.04	.05	.02	.00
TR5	.14	.02	.02	.01	-.01	-.05	-.00	.01	-.02	-.02	-.03	-.01	-.01	-.04	.03	.04	-.07	.12	.06	-.20	.11	-.06	-.05	-.04	.02	.00	.03	.05	.11	.12	.03
SX1	.11	.02	.12	.07	.15	-.16	.04	-.02	.06	-.00	-.00	-.06	.01	-.08	.07	.05	.02	.10	.05	-.20	.05	-.02	-.02	.00	.07	.06	.03	.10	.07	.11	.23
SX6	.10	.02	.06	.08	.14	-.11	.07	-.03	-.03	-.00	-.00	-.02	-.01	-.10	.04	.11	-.06	.05	.04	-.15	.07	.03	-.06	.03	-.07	.05	.04	.12	.03	.07	.18
SX7	-.00	.00	.01	.10	.10	-.08	-.00	-.04	.09	.01	.02	-.03	.00	-.04	.02	-.01	.10	.03	.06	-.03	-.04	.00	-.01	-.03	.11	.09	.00	.00	.18	.17	.21
SX9	.10	-.01	.06	.07	-.07	-.07	.05	.04	-.02	.09	.02	.06	-.03	.04	.05	.05	-.02	.10	.00	.04	-.15	.10	-.03	.08	-.03	-.00	.01	-.09	-.11	-.10	-.05
S11	.07	-.01	-.01	.07	-.07	-.02	-.05	-.03	.11	.03	.01	.06	-.05	-.07	-.00	.12	.07	.01	.03	.07	-.11	.01	.01	-.00	.05	.08	-.05	.07	-.09	-.05	-.08
S12	.00	-.04	.09	.05	-.03	-.06	-.02	-.05	-.08	-.01	.01	.02	-.07	-.04	.02	.03	.02	.02	.06	-.00	-.08	.01	-.05	-.02	.03	.09	.00	.02	.03	.05	.02
S13	-.05	-.07	-.04	-.00	-.04	.08	.04	.04	.01	-.08	.03	.06	-.07	.10	-.05	-.01	-.09	.05	.01	.03	-.04	-.02	.04	-.02	-.01	-.08	-.05	-.11	-.10	-.05	-.14
CO3	-.06	.10	.15	-.16	.04	.07	.03	-.01	.04	-.14	.04	-.08	-.00	.00	.03	.10	.06	-.08	.07	.00	.00	.02	-.05	-.00	.05	-.15	.05	-.06	-.10	-.09	-.04
CO4	.14	.06	.03	.09	-.09	-.03	.08	-.03	.06	.04	-.00	.06	-.02	-.10	.04	.07	.01	.07	.07	-.05	-.07	-.01	-.04	.03	.05	.05	-.06	.01	-.14	-.14	-.08
CO5	.04	-.03	.12	.03	-.02	-.08	.02	.04	.10	.03	.02	.04	-.00	-.08	-.04	.05	-.04	.10	.05	.06	-.04	-.03	-.03	-.04	-.03	-.03	.03	-.08	-.06	-.09	-.11
CO8	-.08	-.05	-.10	-.02	.05	.08	-.02	-.02	.09	.05	-.00	-.02	.00	.06	-.12	-.08	-.04	-.10	.12	.00	.04	-.08	-.09	-.04	.10	.00	.04	-.01	-.03	.06	.03
C11	.11	.09	.11	.04	-.01	-.09	.04	-.02	.04	.03	.03	.02	-.03	-.05	.07	.07	.11	-.02	-.00	.08	-.05	.06	-.10	.02	-.02	.07	.04	.00	-.07	-.12	-.04
C12	-.05	-.02	-.08	.04	-.06	.03	-.00	.08	.04	.09	-.01	.03	.00	.04	-.00	-.05	.05	.04	-.05	-.08	.07	.08	-.11	.02	.03	.02	.11	-.05	-.02	.08	-.05
C14	.06	.00	.06	.04	-.10	-.04	-.03	.05	-.02	.02	.00	-.05	-.07	-.07	.09	.07	.05	-.05	.02	-.00	-.01	.11	-.05	.02	.00	.01	.05	-.05	-.10	-.08	-.05
HO1	.09	.04	-.01	.19	-.21	-.04	.05	.00	.00	.08	-.05	.05	.00	-.01	.05	-.11	-.01	.01	.07	.01	-.10	-.03	-.08	.09	-.11	.19	-.03	.05	-.10	-.16	-.08
HO3	.02	.06	-.00	.05	-.07	-.07	.08	.00	.13	.02	.11	.01	.04	.00	.09	.00	.04	-.04	-.05	.05	.08	.02	-.08	-.00	-.05	.16	-.06	-.03	-.02	-.11	-.09
HO4	.12	.07	.10	.16	-.13	-.02	.01	.03	-.01	.11	.00	.07	.04	-.10	.14	.02	.10	.01	.02	.03	-.12	.01	-.04	.10	-.07	.10	-.12	-.01	-.10	-.13	-.11
HO6	.03	.08	.04	.04	.01	-.06	.00	.04	.04	.05	-.04	-.02	-.00	.00	.04	-.02	.02	.04	.04	.06	-.02	-.01	.01	.06	.07	-.07	.04	.06	.03	.02	.04
HO7	.20	.02	-.00	.13	-.13	-.11	.01	.02	.03	.00	.03	.06	-.03	-.03	.02	-.03	-.01	.06	.01	.02	-.12	.03	-.04	.00	-.03	-.01	-.02	.04	-.14	-.11	-.04
E58	-.12	-.08	-.09	-.07	.01	.00	-.09	-.00	.09	.03	-.09	-.11	-.08	.07	.01	-.09	.06	-.05	.10	-.08	.05	-.05	.00	-.08	-.06	.01	.11	.05	.15	.22	.12
E60	-.08	-.04	.00	-.02	-.01	.10	.00	.01	.05	.06	-.01	-.11	-.00	.01	.12	-.02	.12	-.06	.01	-.04	.08	.04	.01	.02	.02	.05	-.00	.04	.03	.02	-.04
E63	.12	.11	.12	.09	-.01	-.12	-.00	-.02	-.00	.00	-.03	-.02	.05	-.06	-.05	.00	-.09	.06	.03	.01	-.00	-.01	-.03	.03	.08	-.05	-.00	-.02	-.07	-.07	-.03
E42	.19	.05	.11	.03	-.06	-.05	.00	.05	.03	.00	-.03	.04	.00	-.00	.06	.08	.05	.11	.04	-.09	-.04	.01	-.02	.05	.07	-.04	-.08	.07	-.15	-.11	-.11
PF1	.16	.07	.08	.11	-.10	-.06	.09	-.10	-.01	-.07	-.03	.11	-.03	-.14	.12	.01	.05	.04	.05	.00	-.03	-.00	-.13	.05	-.01	.08	-.10	.01	-.13	-.14	-.12
GR5	.07	.04	.01	.13	.07	-.10	-.04	.01	-.00	.12	-.05	.13	.01	-.01	-.06	-.03	.02	-.01	-.05	-.02	.05	-.02	-.07	.05	.02	.03	.11	.04	-.01	-.03	.03
GR6	.15	.12	.04	.13	-.07	-.05	.01	-.00	-.00	.00	-.00	.12	-.10	-.06	.09	.10	.00	.03	-.02	-.00	-.03	-.01	-.02	.14	-.01	.09	-.00	.06	-.00	-.11	-.01
GR7	.05	.02	.06	.03	.03	-.09	-.01	-.06	.04	.02	.00	-.13	.03	-.01	.03	-.01	.02	-.01	-.04	-.04	.07	.02	.00	-.06	.06	-.04	.03	.08	.11	.17	.13

NOTA: AN1= pérdida actividades sociales extrafamiliares; AN3= pérdida actividades al aire libre ; AN4= pérdida actividades al aire libre; AN5= pérdida actividades deportivas ; AN9= trabajar y estudiar como pérdida; A10= puede hacer las mismas cosas; JO1= en su juventud realizaba actividades sociales extrafamiliares; JO2= en su juventud realizaba actividades y juegos de reposo ; JO3= en su juventud realizaba actividades al aire libre ; JO5= en su juventud realizaba actividades deportivas ; JO7= en su juventud acudía a eventos culturales, deportivos, religiosos,...; J10= los fines de semana realiza actividades sociales extrafamiliares ; J11= los fines de semana realiza actividades y juegos de reposo; J12= los fines de semana realiza actividades al aire libre; J13= los fines de semana realiza actividades domésticas y hobbies; J15= los fines de semana realiza visitas y relaciones familiares ; J16= los fines de semana acude a eventos culturales, deportivos, religiosos; VA2= en las vacaciones realiza actividades y juegos de reposo; VA3= en las vacaciones realiza actividades al aire libre; VA8= en las vacaciones viaja; VA10= no tiene vacaciones o hace lo mismo; TL1= en el tiempo libre realiza actividades sociales extrafamiliares; TL2= en el tiempo libre realiza actividades y juegos de reposo; TL3= en el tiempo libre realiza actividades al aire libre; TL4= en el tiempo libre realiza actividades al aire libre; TL5= en el tiempo libre realiza actividades deportivas; TL9= en el tiempo libre trabaja o estudia; SO1= tiene relaciones sociales menos intensas que los demás; SO2= ha perdido amigos; SO3= tiene más dificultades para conocer gente; SO4= sale menos de casa. TR1= ya no realiza su actividad laboral habitual; TR2= nº de trabajar anteriores; TR5= problemas económicos; SX1= cambios en relaciones sexuales; SX6= disminución de la frecuencia de relaciones sexuales; SX7= menor deseo sexual; SX9= ha hablado con su pareja sobre el sexo; S11= ha tenido problemas sexuales anteriormente; S12= experimenta ansiedad, miedo o culpa por su vida sexual; S13= satisfacción sexual; CO3= importancia de la religión; CO4= antes de ir al médico consulta a familiares; CO5= antes de ir al médico consulta a amigos; CO8= antes de ir al médico sí consulta; C11= las asociaciones de enfermos son buenas para buscar apoyo; C12= las asociaciones de enfermos son buenas para buscar información; C14= las asociaciones de enfermos sí son buenas ; HO1= valoración negativa de la asistencia sanitaria; HO3= en sanidad hay que eliminar la masificación; HO4= en sanidad hace falta humanización; HO6= en sanidad hace falta mejorar las condiciones estructurales; HO7= en sanidad hace falta aumentar el número y calidad del personal; E58= régimen alimenticio severo; E60= ha ido al médico por revisión; E63= ha ido al médico por problemas físicos leves; E42= tiene algún familiar con problemas mentales; PF1= problemas de relaciones familiares; GR5= los laborales como problemas importantes; GR6= los económicos como problema importantes; GR7= la enfermedad como problema importante. Se ha omitido el cero decimal.





	AN1	AN3	AN4	AN5	AN9	A10	JO1	JO2	JO3	JO5	JO7	J10	J11	J12	J13	J15	J16	VA2	VA3	VA8	V10	TL1	TL2	TL3	TL4	TL5	TL9	SO1	SO2	SO3	SO4
TR1	,02	,06	,07	-,09	,28	-,15	,03	-,08	-,04	-,20	-,03	,09	-,00	-,10	-,11	-,05	,02	,03	-,02	-,13	,03	-,05	-,02	-,02	-,06	-,10	,09	,17	-,01	,06	,05
TR2	,06	,08	,10	,19	,18	-,20	,16	-,04	,07	,00	,02	,09	-,14	-,05	,10	,05	,01	-,01	,04	-,09	,03	,05	,03	,01	,03	-,06	,08	-,03	,00	,01	,03
TR5	,18	,11	,04	,07	,03	-,06	,01	,03	-,04	-,01	-,05	-,08	,10	-,18	,03	,01	-,11	,01	-,00	-,25	,17	-,15	-,09	-,11	,10	-,04	,00	,11	,05	,18	,03
SX1	,22	,15	,16	,16	,30	-,27	,00	-,01	,03	,06	-,05	-,07	,01	-,12	,10	,09	,04	,09	-,02	-,16	,09	-,05	-,08	,02	,08	-,06	,02	,09	,06	,12	,26
SX6	,19	,01	,05	,18	,27	-,17	,07	-,05	-,04	,13	-,01	-,01	,03	-,05	,02	,13	-,13	,04	,01	-,11	,05	,02	-,11	,01	-,03	,01	,07	,10	,14	,12	,13
SX7	,15	,13	,01	,18	,10	-,16	-,03	-,02	,06	,08	,02	,00	,04	-,08	,03	-,01	,14	,07	,09	-,05	-,08	-,12	-,06	-,04	,14	,03	-,02	,05	,13	,08	,17
SX9	,02	-,10	,05	,01	-,04	-,06	,08	-,02	,01	,12	-,02	-,02	,00	,10	,06	,03	,02	,06	,04	-,03	-,11	,12	-,07	,09	-,02	-,02	,07	-,05	-,08	,03	-,02
S11	-,03	,04	-,03	,05	-,06	,15	-,09	-,04	,14	,02	,03	,07	-,10	-,17	-,02	,02	,13	-,06	,08	,02	-,05	,04	,03	,07	,14	,07	-,01	,13	,03	,13	,05
S12	,00	-,10	,05	-,00	-,06	-,03	-,05	-,03	-,15	-,01	,03	,04	-,01	-,06	,09	,02	-,04	-,03	,08	,04	-,08	-,01	-,04	,02	,17	,05	-,07	-,01	,01	,04	-,04
S13	-,11	-,06	-,00	-,12	-,08	,12	,08	-,01	,06	-,17	,06	,03	-,09	,13	-,05	,02	-,04	,08	-,01	,08	-,03	-,01	-,02	-,00	-,07	-,07	-,08	-,11	-,19	-,13	-,13
CO3	,01	,02	,07	-,17	-,02	,11	,01	-,09	,05	-,17	-,00	-,02	-,02	,01	,02	,07	-,09	-,09	,21	-,02	-,08	,04	-,06	,01	,02	-,16	,05	-,06	-,20	-,08	-,08
CO4	-,09	-,00	-,13	-,04	-,05	,13	-,00	-,03	,11	-,04	,00	,02	,01	-,01	-,05	-,04	-,07	-,02	,15	-,03	-,02	-,05	-,06	-,00	,12	-,02	-,02	-,01	-,14	-,11	-,10
CO5	-,01	-,00	,07	,05	-,01	-,05	-,07	,02	,10	,13	,02	-,01	-,05	-,00	-,05	,08	-,08	,03	,14	,03	-,03	-,11	-,05	-,03	,00	-,03	,02	-,00	-,00	-,04	-,00
CO8	,01	,07	-,09	,03	,01	,06	,02	-,00	,06	,10	-,01	-,01	-,01	-,03	-,07	-,05	-,10	-,09	,11	,03	-,02	-,07	-,17	,02	,14	,03	,00	-,02	-,14	-,11	-,07
C11	-,01	,04	,02	,07	,07	-,06	,05	-,03	-,02	,03	,00	,00	-,00	-,02	,02	,07	,13	-,04	,08	,05	-,10	,05	-,07	,09	-,09	,06	,13	,01	-,02	-,09	-,04
C12	,04	,04	-,04	,14	-,06	-,03	-,00	,13	,00	,11	-,08	-,02	-,02	-,00	-,00	-,07	,12	-,02	-,14	-,11	,13	,09	-,14	,13	-,05	,05	,15	-,05	-,17	-,12	-,06
C14	,00	,00	,12	,08	-,08	-,05	-,05	,03	-,09	,04	,06	-,08	-,14	-,07	,07	,08	,07	-,06	-,01	-,09	,06	,11	-,10	,09	-,05	,07	,08	-,06	-,04	-,04	-,09
HO1	,08	-,06	-,13	,14	-,23	,05	,05	,07	,05	,18	-,10	-,01	-,01	,10	,10	-,13	-,03	,02	,09	,03	-,06	-,02	-,01	-,05	-,02	,24	,03	,04	,02	,01	-,06
HO3	-,04	-,03	-,09	,04	-,05	-,05	,02	,05	,24	,01	,13	,02	,06	,07	,09	,00	,01	-,01	-,01	,05	,12	,02	-,01	-,11	-,01	,13	-,08	,01	,05	-,04	-,11
HO4	,10	,05	,09	,14	-,09	,05	-,01	,08	-,02	,17	-,10	,07	,11	-,11	,12	,01	,11	-,02	,10	,03	-,06	,00	,04	-,05	,04	,06	-,08	,02	-,01	,04	,04
HO6	,06	,14	,02	,11	,04	-,11	,03	,07	,12	,01	,02	-,05	-,00	-,00	-,00	-,06	,07	,01	,04	,15	-,01	,04	,00	,08	,08	-,05	,01	,05	,04	,08	,04
HO7	,04	,06	-,08	,06	-,17	-,06	,01	,16	,14	-,01	-,00	-,07	,04	,07	-,01	-,07	-,05	,06	,06	,02	-,08	-,05	,03	-,02	,03	-,06	,05	-,03	-,16	-,06	-,04
E58	,08	-,04	-,09	,05	-,06	-,11	-,10	-,00	,06	,09	-,11	-,12	-,08	-,01	,04	-,06	,11	,00	,06	-,07	-,04	-,07	-,05	-,07	-,12	,06	,12	-,07	,16	,10	,03
E60	-,02	-,02	,02	,07	,03	,07	-,01	,02	,08	,14	-,00	-,06	-,01	-,05	,14	-,02	,13	-,06	-,01	-,02	,06	,05	,00	,08	-,03	,17	,01	,08	,07	-,06	-,08
E63	,12	,08	,08	-,06	,03	-,08	,01	-,07	,02	-,03	,00	-,14	,05	-,02	-,08	-,04	-,14	,05	,10	-,09	,09	-,08	-,05	-,02	,13	-,15	,06	-,04	-,04	,15	,06
E42	,01	,07	,08	,02	,01	,04	-,06	,12	,05	,02	,00	,04	-,04	-,05	,00	,01	,02	,04	,03	-,07	-,06	,00	,03	-,02	,09	-,08	-,02	,06	-,07	,01	-,08
PF1	,07	,02	-,06	,06	-,04	,07	-,05	-,06	,01	-,08	-,02	,06	-,04	-,14	,01	-,01	-,02	-,02	,02	-,01	,02	,01	-,05	-,01	,17	,10	-,06	,01	-,03	,08	,03
GR5	-,02	-,03	-,11	,11	,14	-,08	,00	,05	-,06	,09	-,01	,11	,08	-,05	,00	-,05	,04	-,02	-,01	-,12	,08	,03	-,04	-,08	-,03	-,03	,22	,03	-,04	-,06	,04
GR6	-,05	-,17	-,03	,08	,01	,05	-,04	,00	,02	,02	,11	-,09	,03	,01	,14	,11	,05	-,12	-,09	-,03	,12	-,03	,02	,08	,01	,07	,09	,12	-,07	-,11	-,01
GR7	,23	,04	,16	,13	-,03	-,17	-,02	,02	,02	,01	-,05	-,11	,02	-,07	-,05	-,01	-,02	,06	-,06	,05	-,03	-,03	-,11	-,04	,04	-,09	,02	,06	,10	,20	,08

NOTA: AN1= pérdida actividades sociales extrafamiliares; AN3= pérdida actividades al aire libre ; AN4= pérdida actividades al aire libre; AN5= pérdida actividades deportivas ; AN9= trabajar y estudiar como pérdida; A10= puede hacer las mismas cosas; JO1= en su juventud realizaba actividades sociales extrafamiliares; JO2= en su juventud realizaba actividades y juegos de reposo ; JO3= en su juventud realizaba actividades al aire libre ; JO5= en su juventud realizaba actividades deportivas ; JO7= en su juventud acudía a eventos culturales, deportivos, religiosos,...; J10= los fines de semana realiza actividades sociales extrafamiliares ; J11= los fines de semana realiza actividades y juegos de reposo; J12= los fines de semana realiza actividades al aire libre; J13= los fines de semana realiza actividades domésticas y hobbies; J15= los fines de semana realiza visitas y relaciones familiares ; J16= los fines de semana acude a eventos culturales, deportivos, religiosos; VA2= en las vacaciones realiza actividades y juegos de reposo; VA3= en las vacaciones realiza actividades al aire libre; VA8= en las vacaciones viaja; VA10= no tiene vacaciones o hace lo mismo; TL1= en el tiempo libre realiza actividades sociales extrafamiliares; TL2= en el tiempo libre realiza actividades y juegos de reposo; TL3= en el tiempo libre realiza actividades al aire libre; TL4= en el tiempo libre realiza actividades al aire libre; TL5= en el tiempo libre realiza actividades deportivas; TL9= en el tiempo libre trabaja o estudia; SO1= tiene relaciones sociales menos intensas que los demás; SO2= ha perdido amigos; SO3= tiene más dificultades para conocer gente; SO4= sale menos de casa. TR1= ya no realiza su actividad laboral habitual; TR2= nº de trabajar anteriores; TR5= problemas económicos; SX1= cambios en relaciones sexuales; SX6= disminución de la frecuencia de relaciones sexuales; SX7= menor deseo sexual; SX9= ha hablado con su pareja sobre el sexo; S11= ha tenido problemas sexuales anteriormente; S12= experimenta ansiedad, miedo o culpa por su vida sexual; S13= satisfacción sexual; CO3= importancia de la religión; CO4= antes de ir al médico consulta a familiares; CO5= antes de ir al médico consulta a amigos; CO8= antes de ir al médico sí consulta; C11= las asociaciones de enfermos son buenas para buscar apoyo; C12= las asociaciones de enfermos son buenas para buscar información; C14= las asociaciones de enfermos sí son buenas ; HO1= valoración negativa de la asistencia sanitaria; HO3= en sanidad hay que eliminar la masificación; HO4= en sanidad hace falta humanización; HO6= en sanidad hace falta mejorar las condiciones estructurales; HO7= en sanidad hace falta aumentar el número y calidad del personal; E58= régimen alimenticio severo; E60= ha ido al médico por revisión; E63= ha ido al médico por problemas físicos leves; E42= tiene algún familiar con problemas mentales; PF1= problemas de relaciones familiares; GR5= los laborales como problemas importantes; GR6= los económicos como problema importantes; GR7= la enfermedad como problema importante. Se ha omitido el cero decimal.







	AN1	AN3	AN4	AN5	AN9	A10	JO1	JO2	JO3	JO5	JO7	J10	J11	J12	J13	J15	J16	VA2	VA3	VA8	V10	TL1	TL2	TL3	TL4	TL5	TL9	SO1	SO2	SO3	SO4
TR1	-.07	-.06	.03	-.02	-.00	.05	.00	.05	.04	.14	-.07	.10	.08	.01	-.13	-.04	-.05	.05	-.08	-.16	.05	.12	-.13	-.06	.09	.10	-.05	-.05	-.03	.15	-.05
TR2	.05	-.23	.01	-.08	-.06	.11	.05	.05	.03	.07	.03	.11	.08	-.03	-.04	.05	-.06	.10	.26	-.17	-.02	.07	.15	.07	.03	.01	.07	-.05	.09	.00	-.04
TR5	.14	-.06	.00	-.04	-.09	-.04	-.02	-.00	.01	-.04	-.02	.06	-.18	.14	.04	.07	-.04	.25	.14	-.14	.02	.07	-.01	.03	-.09	.05	.09	-.03	.20	.07	.03
SX1	.11	-.05	.13	.02	-.15	-.05	.11	-.07	.11	-.08	.06	-.03	.01	-.08	.08	.03	.01	.16	.13	-.25	-.07	.03	.04	.02	.02	.23	-.01	.13	.02	.01	.14
SX6	-.00	.03	.07	-.03	-.03	-.01	.08	-.02	-.04	-.17	.01	-.06	-.07	-.17	.06	.08	.02	.07	.09	-.21	.13	.04	.02	.05	-.11	.09	.02	.14	-.08	.06	.26
SX7	-.04	-.08	.11	.11	.05	.00	.07	-.11	.11	-.11	-.00	-.03	-.10	-.08	.08	.02	.05	.00	-.02	.05	-.04	.25	.07	.04	.01	.22	-.02	-.07	.18	.14	.21
SX9	-.01	-.05	-.02	.04	-.05	.07	.00	.18	-.03	.06	.14	.11	-.05	.07	-.01	.04	-.10	.14	-.01	.13	-.12	.07	.10	.00	.01	.00	-.01	-.22	-.01	-.05	.03
S11	.02	-.13	-.06	.04	-.05	-.14	-.04	-.03	.16	.04	.02	.01	.00	.07	-.04	.17	.01	.05	.03	.08	-.13	-.02	.03	.10	.02	.07	-.05	-.00	-.08	-.03	-.09
S12	-.04	-.01	.12	.10	.03	-.11	.02	-.08	.02	-.02	-.00	-.01	-.15	-.01	-.04	.02	.09	.07	.05	-.07	-.08	.04	-.06	-.07	-.15	.13	.14	.04	.09	.11	.11
S13	.02	-.08	-.09	.14	-.00	.01	.00	.13	-.06	.03	.00	.11	-.05	.07	-.05	-.04	-.15	.02	.03	.06	-.08	-.03	.10	-.04	.08	-.08	-.01	-.11	-.01	-.00	-.18
CO3	-.09	.24	.30	-.12	.12	-.04	.07	.08	.02	-.10	.10	-.14	-.01	-.04	.09	.16	.04	-.05	-.14	.04	.10	.00	-.06	.01	.09	-.13	.00	-.04	-.05	-.20	-.05
CO4	.14	-.03	.11	.11	-.06	-.12	.21	-.04	.09	.14	.01	.00	-.03	-.11	.06	.15	.08	.13	.05	-.16	.00	.03	.04	-.05	.03	.10	-.01	-.01	.03	.10	.09
CO5	-.00	-.11	.13	-.03	.01	-.07	.12	.08	.15	-.06	-.06	.07	.06	-.13	-.06	.01	-.03	.15	-.02	.08	-.02	.04	.02	-.08	-.04	-.04	.08	-.19	-.05	-.05	-.16
CO8	.09	-.08	-.03	.06	.05	-.09	-.11	-.11	.06	-.00	-.05	.11	-.01	.13	-.15	-.08	.12	-.11	.08	.01	.03	-.11	-.03	-.02	-.09	-.02	-.02	.09	-.07	-.02	.01
C11	.14	.07	.17	-.06	-.07	-.06	.04	-.01	.18	.03	.09	-.01	-.06	-.04	.09	.06	.09	-.02	-.09	.10	.11	.06	-.10	-.09	.13	.08	-.04	-.03	-.03	-.02	.03
C12	-.03	-.03	-.10	-.01	-.15	.08	.01	.00	.08	.10	.09	.20	.01	.06	.05	.01	-.05	.15	.07	.00	-.16	.07	-.10	-.06	.12	-.01	.04	-.04	.09	.20	-.13
C14	.04	-.06	-.06	-.06	-.11	.09	-.01	.11	.14	.00	-.09	-.06	.06	-.02	.09	.03	.01	-.06	.12	.13	-.10	.11	.08	-.10	.14	-.10	.02	-.05	-.14	-.05	.07
HO1	-.13	-.00	-.00	.14	-.14	-.03	.07	-.06	.02	-.03	.01	.02	.08	-.04	-.07	-.16	-.02	-.05	.11	-.05	-.04	-.06	-.12	.14	-.16	.14	-.03	.02	-.07	-.08	.04
HO3	-.05	.09	.01	-.01	-.06	-.01	.17	-.04	.05	.03	.12	-.06	.06	-.01	.06	-.02	.06	-.09	-.06	.01	.12	.02	-.13	.03	-.07	.17	.03	-.11	.01	-.04	.00
HO4	-.13	-.06	.01	.08	-.10	.09	.03	-.00	.08	.06	.15	-.03	.03	.02	.09	-.02	.09	-.01	.00	-.02	-.08	.02	-.07	.12	-.13	.12	-.08	-.09	-.02	.01	-.12
HO6	-.03	.02	.06	-.04	-.01	.04	-.03	.01	-.06	.11	-.12	-.01	-.01	.02	.08	.02	-.04	.08	.05	-.06	-.04	-.08	.02	.02	.08	-.10	.11	.08	.03	-.00	.07
HO7	.16	-.14	-.02	.11	-.01	-.07	.01	-.11	-.01	.01	.10	.11	-.07	-.04	-.00	-.03	.01	.03	.02	-.03	-.07	.11	-.07	-.06	-.04	.01	-.04	.07	.00	.06	.09
E58	-.03	.07	.06	-.08	-.02	-.03	-.09	-.04	.06	-.02	-.14	.04	-.20	.05	.13	-.08	.05	-.09	.10	-.04	.02	-.03	.00	.03	-.08	-.00	-.07	.12	-.10	.02	.05
E60	-.02	.00	.04	-.09	-.16	.06	.03	-.02	-.03	-.05	-.05	-.15	-.03	.06	.16	.02	.12	-.04	.03	-.04	.04	.05	-.01	.01	.08	-.12	-.09	.01	-.12	-.04	-.07
E63	-.07	.04	.12	.18	.00	-.11	-.04	.06	.03	.04	-.07	.05	.09	-.05	-.09	.02	-.05	.06	-.03	.10	-.06	.09	.04	.01	.06	.05	-.04	-.02	.03	-.10	-.03
E42	.22	-.06	.08	-.05	-.11	-.09	.07	-.02	.08	-.03	.11	-.03	.10	.15	.06	.13	.08	.18	.10	-.17	.10	.00	-.03	.05	.11	-.02	-.11	.05	-.13	-.04	-.04
PF1	-.07	-.07	.09	.01	-.07	-.01	.25	-.17	.07	-.13	-.03	.07	.02	-.04	.12	-.03	.09	.04	.19	-.06	.07	-.02	-.16	-.02	-.11	.05	-.04	-.05	-.03	.02	-.09
GR5	.14	.10	.12	.14	.00	-.13	-.10	-.02	.08	.16	-.11	.15	-.07	.05	-.15	-.02	-.02	-.01	-.10	.10	.04	-.07	-.08	.15	.10	.10	-.05	.04	.07	.05	.06
GR6	.16	.01	.03	.11	-.10	-.08	.06	-.01	.03	-.03	-.10	.24	-.22	-.06	.00	.07	-.05	.14	.07	-.01	-.11	.01	-.01	.12	.03	.10	-.03	-.02	.17	.05	.08
GR7	.01	.09	.02	-.01	.08	-.08	-.00	-.18	.04	.06	.06	-.11	.04	-.02	.16	.01	.10	-.07	-.05	-.13	.19	.10	.13	-.03	.05	.03	-.01	.14	.03	.03	.13

NOTA: AN1= pérdida actividades sociales extrafamiliares; AN3= pérdida actividades al aire libre ; AN4= pérdida actividades al aire libre; AN5= pérdida actividades deportivas ; AN9= trabajar y estudiar como pérdida; A10= puede hacer las mismas cosas; JO1= en su juventud realizaba actividades sociales extrafamiliares; JO2= en su juventud realizaba actividades y juegos de reposo ; JO3= en su juventud realizaba actividades al aire libre ; JO5= en su juventud realizaba actividades deportivas ; JO7= en su juventud acudía a eventos culturales, deportivos, religiosos,...; JO10= los fines de semana realiza actividades sociales extrafamiliares ; J11= los fines de semana realiza actividades y juegos de reposo; J12= los fines de semana realiza actividades al aire libre; J13= los fines de semana realiza actividades domésticas y hobbies; J15= los fines de semana realiza visitas y relaciones familiares ; J16= los fines de semana acude a eventos culturales, deportivos, religiosos; VA2= en las vacaciones realiza actividades y juegos de reposo; VA3= en las vacaciones realiza actividades al aire libre; VA8= en las vacaciones viaja; VA10= no tiene vacaciones o hace lo mismo; TL1= en el tiempo libre realiza actividades sociales extrafamiliares; TL2= en el tiempo libre realiza actividades y juegos de reposo; TL3= en el tiempo libre realiza actividades al aire libre; TL4= en el tiempo libre realiza actividades al aire libre; TL5= en el tiempo libre realiza actividades deportivas; TL9= en el tiempo libre trabaja o estudia; SO1= tiene relaciones sociales menos intensas que los demás; SO2= ha perdido amigos; SO3= tiene más dificultades para conocer gente; SO4= sale menos de casa. TR1= ya no realiza su actividad laboral habitual; TR2= nº de trabajar anteriores; TR5= problemas económicos; SX1= cambios en relaciones sexuales; SX6= disminución de la frecuencia de relaciones sexuales; SX7= menor deseo sexual; SX9= ha hablado con su pareja sobre el sexo; S11= ha tenido problemas sexuales anteriormente; S12= experimenta ansiedad, miedo o culpa por su vida sexual; S13= satisfacción sexual; CO3= importancia de la religión; CO4= antes de ir al médico consulta a familiares; CO5= antes de ir al médico consulta a amigos; CO8= antes de ir al médico sí consulta; C11= las asociaciones de enfermos son buenas para buscar apoyo; C12= las asociaciones de enfermos son buenas para buscar información; C14= las asociaciones de enfermos sí son buenas ; HO1= valoración negativa de la asistencia sanitaria; HO3= en sanidad hay que eliminar la masificación; HO4= en sanidad hace falta humanización; HO6= en sanidad hace falta mejorar las condiciones estructurales; HO7= en sanidad hace falta aumentar el número y calidad del personal; E58= régimen alimenticio severo; E60= ha ido al médico por revisión; E63= ha ido al médico por problemas físicos leves; E42= tiene algún familiar con problemas mentales; PF1= problemas de relaciones familiares; GR5= los laborales como problemas importantes; GR6= los económicos como problema importantes; GR7= la enfermedad como problema importante. Se ha omitido el cero decimal.







