

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2012.

Calidad de vida y enfermedades crónicas.

Baldi López, Graciela.

Cita:

Baldi López, Graciela (2012). *Calidad de vida y enfermedades crónicas. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/273>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/R8D>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

Baldi López, Graciela

Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de San Luis

Resumen

Calidad de vida (CV) es un término que ha sido ampliamente utilizado por los especialistas de las más diversas disciplinas, dificultando su definición y evaluación. En la actualidad se la considera como un concepto multidimensional y multidisciplinario que debe ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales y subjetivas-espirituales que permitan el desarrollo psicobiológico y social-histórico del ser humano y la satisfacción personal con las condiciones de vida que cada persona ha logrado alcanzar.

Frente a la necesidad de unificar criterios y posiciones sobre el término CV, la OMS, en 1994, propuso como una definición de consenso de la misma considerando la percepción del individuo en sus dimensiones físicas, psicológicas, interpersonales, espirituales y medioambientales.

Los padecimientos crónicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) repercuten en el bienestar de quienes los padecen y de sus allegados. El diagnóstico de estas enfermedades afecta negativamente la percepción del paciente de su estado de salud, además de requerir cuidados, nuevas rutinas y reajustes psicológicos que impactan en la vida cotidiana de éste. Sin embargo, la percepción de apoyo social puede motivar a estas personas a cambiar el estilo de vida y mejorar su calidad de vida.

Palabras Clave

bienestar satisfacción hipertensión diabetes

Abstract

QUALITY OF LIFE AND CHRONIC ILLNESSES

Quality of life (QOL) is a term widely used by specialists of the most diverse disciplines making difficult its definition. Nowadays, it is considered a multidimensional and multidisciplinary concept which includes the presence of material and subjective-spiritual conditions leading to the psychobiological and social-historical development of the human being as well as the personal satisfaction with the life conditions that each person has achieved. With the intention to unify criteria and stances on this concept, the WHO, in 1994, proposed as a consensual definition considering the individual's perception of the physical, psychological, interpersonal, spiritual and environmental dimensions of the term.

Chronic illnesses such as arterial hypertension, diabetes mellitus, etc. influence the wellness of the patients and their families. The diagnosis of such illnesses affects negatively the patient's perception about his state of health as well as requires care taking, new routines and psychological adjustment that impact in his/her everyday life. However, perception to social support can motivate to change his/her life styles and improve the quality of life.

Key Words

wellbeing satisfaction hypertension diabetes

Introducción

La calidad de vida (CV) como expresión de deseo, muy considerada en los discursos actuales, es un término que ha sido ampliamente utilizado por los especialistas de las más diversas disciplinas. Cada quien lo ha enfocado desde un punto de vista diferente, enfatizando sólo algunas de sus dimensiones y descuidando otras, lo cual ha traído dificultades teóricas, metodológicas e instrumentales (Quintero y González, 1997).

Quizás, uno de los primeros en elaborar un concepto sobre la CV fue Lawton (1984) quien la entendía como "el conjunto de evaluaciones que el sujeto hace sobre cada uno de los dominios importantes de su vida actual". Años más tarde reelaborará esta definición entendiéndola como la valoración multidimensional, tanto con criterios intrapersonales o subjetivos como sionormativos u objetivos del sistema persona-ambiente de un individuo en relación al pasado, presente y futuro (Lawton, 1991).

Albrecht y Devlieger (1999) entienden que la calidad en el vivir involucra la propia capacidad para construir y conseguir un equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu, dirigido a la obtención de un estado de bienestar individual y al establecimiento de una relación armoniosa con el entorno.

Por otro lado, Vitterso (2002) argumentó que la CV depende de la posibilidad que cada persona tenga de pensar bien acerca de su propia vida, según el significado que cada persona le da a las cosas. Lo óptimo sería que esta evaluación subjetiva se basara en el balance entre las aspiraciones y realidades de cada individuo, cuando se encuentra dotado de los elementos culturales y de la libertad de pensamiento para dicho análisis.

Teniendo en cuenta los procesos perceptivos y en un intento por unificar los distintos criterios y posiciones existentes, la Organización Mundial de la Salud, en 1994, propuso como definición de CV a la "percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses" (WHOQOL Group, 1995). Esta definición prioriza la evaluación subjetiva de cada persona, la cual está inmersa en un contexto cultural, social y medioambiental.

En definitiva, el concepto de CV se refiere a la satisfacción de necesidades humanas objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive, y sin tratar de privilegiar unas sobre otras, ni satisfacerlas por separado o por etapas. Es un constructo multidimensional (que incluye todas las dimensiones que conforman al ser humano) variable en el tiempo, construido histórica y biográficamente, que, en gran parte, depende de la interpretación y valoración que le da el hombre a lo que tiene, vive y espera.

Enfermedades crónicas

La mayoría de las personas consideran que la salud es lo más importante que tienen. Algunos la relacionan con factores socio-demográficos; otros consideran que depende de factores personales o comportamentales; y finalmente hay quienes consideran que la salud depende, en gran medida, de factores culturales. Una descripción general de salud puede incluir referencias a no estar enfermo, a no padecer molestias físicas o psicológicas, al buen funcionamiento comportamental, a los roles que se desempeñan, a la energía y vitalidad que se tiene, al bienestar emocional que se experimenta, o a las relaciones sociales que se establecen (Reig Ferrer y Cepeda Benito, 2003).

Cierto tipo de problemas, en concreto las enfermedades crónicas debidas a causas múltiples (factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales), requieren un manejo diferente del que se da en estados mórbidos agudos, cuya principal característica es la de ser producidos por agentes patógenos específicos.

La mayoría de los factores que incrementan la salud o generan las enfermedades están fuera del hombre. "La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal" (Costa y López, 1987). Se estima que los comportamientos o estilos de vida influyen cerca del 50% en la determinación de causas de muerte. En la actualidad, un gran número de evidencias muestran que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestras conductas, pensamientos y relaciones sociales. En definitiva, la CV de una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad (Schwartzmann, Olaizola, Guerra, Dergazarian, Francolino, Porley y Ceretti, 1999).

El cambio de los patrones de mortalidad en el siglo pasado, en las sociedades avanzadas, ha llevado a que las enfermedades crónicas (tales como la diabetes, la hipertensión, el cáncer, las enfermedades coronarias, etc.) hayan sustituido a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte, junto con accidentes por comportamientos inadecuados (por ejemplo, accidentes de tránsito). Desde finales del siglo pasado, el creciente aumento de enfermedades no-transmisibles (llamadas, también, "enfermedades del progreso") es la causa del 60% de las muertes en el mundo.

Desde el punto de vista psicosocial, padecimientos crónicos como la hipertensión y la diabetes afectan a la población de dos formas principales: deteriorando la productividad de los pacientes y su capacidad para generar ingresos y servicios, y por otro lado, aumentando el uso de servicios de salud y asistencia (Escobar, Petrásovits, Peruga, Silva, Vives y Robles, 2000). Los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. El diagnóstico médico confirmado implica la percepción de pérdida del estado de salud por parte del paciente, además de la instrumentación de cuidados, nuevas rutinas y reajustes psicológicos que impactan en la vida cotidiana de éste. En general, la adaptación a alguna enfermedad crónica estará en función de diversos factores como por ejemplo, la edad, el nivel educativo y cultural, los auto-esquemas, las habilidades sociales, los rasgos de personalidad, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, el locus de control, etc.

Las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus, del mismo modo que su tratamiento (con frecuencia complejo, costoso, difícil de seguir o con efectos secundarios molestos) pueden impactar en la CV de quienes la padecen (López-Carmona y Rodríguez Moctezuma, 2006). Por ejemplo, diversos estudios han informado mayor depresión, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía en paciente diabéticos (Bradley, 1997; Velasco y Sinibaldi, 2001). Además, un estudio sobre la CV en pacientes hipertensos encontró que la misma era menor en comparación con sujetos normotensos (Bardage e Isacson, 2001).

En una investigación realizada en la provincia de San Luis (Argentina), Baldi López (2009) realizó una comparación de la percepción de la calidad de vida entre un grupo de 33 individuos que tenían diabetes mellitus tipo I o II, otro grupo, de igual cantidad de individuos, con hipertensión arterial esencial y un tercer grupo con 115 sujetos sin patologías crónicas. Se aplicó el cuestionario WHOQOL 100 (Bonicatto y Soria, 1998). Los resultados mostraron que las personas con patologías clínicas crónicas expresaban tener, significativamente, una mayor dependencia a algún tipo de medicación y/o tratamiento específico (tabla 1), que aquellas personas del grupo no clínico ($p=.00$). Además, las personas con diabetes informaron mayor dependencia a un medicamento o tratamiento, que los hipertensos esenciales ($p=.05$).

Por otra parte, las personas diabéticas informaron estar, significativamente, más satisfechas con sus capacidades y oportunidades para amar y ser amados y para compartir momentos de felicidad y distracción con la familia y los amigos en comparación con los individuos sin patologías crónicas ($p=.00$; tabla 1), como así también, con la disponibilidad de asistencia y aprobación que perciben de sus redes de apoyo, que las personas sin patologías crónicas ($p=.01$; tabla 1) y los sujetos con hipertensión ($p=.04$; tabla 2).

Del mismo modo, los sujetos diabéticos manifestaron estar, significativamente, más satisfechos con las características físicas del medio ambiente que los rodeaba, que las personas sin patologías crónicas ($p=.01$; tabla 1) y los hipertensos ($p=.00$; tabla 1); como así también, con la calidad del hogar donde habitaban ($p=.03$; tabla 1) y las posibilidades de recreación y ocio que tenían, con relación a los individuos hipertensos esenciales ($p=.05$; tabla 2).

Tabla 1. Grado de satisfacción en distintas facetas, comparando las submuestras

Prueba T3 de Dunnett	(n=181)			
Facetas	(I)Tipo de muestra	(J)Tipo de muestra	Diferencia de medias (I-J)	P
Medicación	No Clínica (RP= 72.60)	Diabéticos (RP= 134.03) Hipertensos (RP= 12.11)	-5.39 -2.88	.00** .00**
	Diabéticos	Hipertensos	2.52	.05*
Relaciones Personales	No Clínica (RP= 83.70)	Diabéticos (RP= 113.80)	-1.50	.00**
Soporte Social	No Clínica (RP= 85.96)	Diabéticos (RP= 113.61)	-1.66	.01*
Medio Ambiente Físico	No Clínica (RP= 88.71)	Diabéticos (RP= 117.68)	-1.15	.01*
	Diabéticos	Hipertensos (RP= 72.29)	1.79	.00**
Ambiente Hogareño	Diabéticos (RP= 109.82)	Hipertensos (RP= 75.29)	1.76	.03*
Nota: Medicación = Dependencia de medicación o tratamiento				
RP = Rango promedio				
** p < .01 * p < .05				

Tabla 2. Grado de satisfacción en dos facetas, comparando las submuestras clínicas (n=66)

Prueba U de Mann-Whitney*			
Faceta	Submuestras Clínicas	Rango Promedio	P
Soporte Social	Diabéticos Hipertensos	38.27 28.73	.04*
Recreación	Diabéticos Hipertensos	38.21 28.79	.05*

Nota: Recreación = Participación y oportunidades para la recreación y el ocio.

** p < .01 * p < .05

En síntesis, al comparar las tres submuestras, se observó que la variable que más diferenció a los individuos con enfermedades crónicas de los individuos sanos fue la dependencia de un control de salud y medicación permanente para alcanzar cierto grado de bienestar. Si bien, en muchos casos, la medicación es necesaria para poder vivir (por ejemplo, en los diabéticos tipo I) los efectos secundarios de ésta o el hecho de tener que tomarla diariamente (aún cuando se sientan bien y crean no necesitarla) podría afectar de manera negativa la percepción de la CV de los mismos.

Contrariamente a lo encontrado por otros autores, que destacan que las personas diabéticas (en especial, las tipo II) experimentan un decremento en su CV con respecto a las sanas (de los Ríos Castillo, Sánchez Sosa, Barrios Santiago y Guerrero Sustaita, 2004; Hervás et al., 2007) en este estudio, los diabéticos no manifestaron mayor insatisfacción que los sujetos sanos; sin embargo, sí expresaron una mejor percepción y/o mayor agrado en lo concerniente a sus relaciones interpersonales y familiares. En estos individuos juega un papel muy importante la contención que la familia y los amigos puedan proporcionar, ya que tienen que realizar varios cambios en su estilo de vida.

Conclusiones

Si bien desde la segunda mitad del siglo XX hay un marcado interés por la CV de las personas, aún se está lejos de poder alcanzar un grado óptimo de bienestar físico, psicológico y social que nos permita agregar vida a los años y no años a la vida. Los avances tecnológicos y sociales, que van transformando aceleradamente el estilo de vida, están ocasionando un número cada vez mayor de personas con estos padecimientos crónicos, con una edad de inicio cada vez más temprana. Surge, entonces, la necesidad de retrasar o evitar la aparición de las diversas sintomatologías crónicas, evitando así el consiguiente impacto negativo en la calidad de vida de los individuos.

El diagnóstico de una enfermedad crónica produce cambios en la forma en que la persona se ve a sí misma, ve a los otros y a su vida, afectando principalmente su autoestima y visión de futuro. Es por esto que, una mejor percepción de la calidad de vida y del apoyo social recibido estimularía la adquisición de comportamientos saludables, fortaleciendo la autoestima y el bienestar personal general. La vivencia de sentirse ayudado por los otros puede facilitar, a las personas con enfermedades crónicas, la motivación necesaria para restaurar su salud, adoptar conductas beneficiosas para su bienestar y cumplir mejor con los regímenes médicos (Pérez Lazo de la Vega y Castellero Amador, 2003).

Esto permite reflexionar sobre la importancia de institucionalizar políticas de promoción y prevención en salud que estimulen no sólo una alimentación sana, la realización de actividades físicas y de recreación, la evitación de conductas adictivas (como el consumo de alcohol, tabaco, drogas), el manejo del estrés cotidiano, el cuidado del medio ambiente físico sino también el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo.

Bibliografía

- Albrecht, G.L. y Devlieger, P.J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48, pp. 977-988.
- Baldi López, G. (2009). Calidad de vida en la región de Cuyo. Tesis de doctorado no publicada, Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina.
- Bardage, C. y Isacson, D.G.L. (2001). Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, pp. 172-181.
- Bonicatto S. y Soria, J. J. (1998). WHOQOL. Los Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Manual del Usuario. La Plata: Ed. CATA.
- Bradley, C. (1997). Diabetes Mellitus. En A. Bau, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp. 432-239.
- Costa M. y López E. (1987). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Ed. Martínez Roca de los Ríos Castillo, J.L., Sánchez Sosa, J.J., Barrios Santiago, P. & Guerrero Sustaita, V. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS*, 42 (2), pp. 109-116.
- Escobar, M., Petrásovits, A., Peruga, A., Silva, N., Vives, M. y Robles, S. (2000). Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*, 42 (1), pp. 55-64.
- Hervás, A., Zabaleta, A., De Miguel, G., Beldarian, O. & Díez, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30(1), pp. 45-52.
- Lawton, M.P. (1984). The varieties of Well-being. En C. Malatesta & F. Izard (Eds.). *Emotion in adult development*. California: Sage Publications Inc.
- Lawton, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. En E. Birren, J. Lubben, J. Cichowias & D.E. Deutchman (Eds.) *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press. pp. 1-27.
- López-Carmona, J.M. y Rodríguez-Moctezuma, R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex*, 48, pp. 200-211.
- Pérez Lazo de la Vega, MsC. & Castellero Amador, Y. (2003). Apoyo Social. Su lugar en el proceso salud enfermedad. En L. A. Oblitas Guadalupe (autor y compilador). *Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria (2º Ed.)*. Bogotá: PSICOM Editores. Versión digital <http://www.psicologiacientifica.com>. ISBN: 958-33-6974-8.
- Quinteros, G. y González, U. (1997). Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzadas. En J. Buendía (Ed.). *Gerontología y Salud. Perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 129-45.
- Reig Ferrer, A. y Cepeda Benito, A. (2003). Health. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Encyclopedia of Psychological Assessment*. 2 vols. London: Sage Publications.
- Schwartzmann, L., Olaizola, I., Guerra, A., Dergazarian, S., Francolino, C., Porley, G. y Ceretti, T. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en Hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista Médica del Uruguay*, 15 (2), pp. 103-109.
- Velasco, C.L. y Sinibaldi, G.J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Manual Moderno. pp. 195-203.
- Vitterso, J., et al. (2002). The concept of life satisfaction across cultures: exploring its diverse meaning and relation to economic wealth. *Social Indicators Research*, 16, p.82.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of life assesment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41 (10), pp. 1403-1409.