

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD  
Y EMOCIONES NEGATIVAS EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PULMONAR  
OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Stefano Vinaccia\*, Japcy Margarita Quiceno\*,  
Carla Zapata\*, Susana Obesso\*,  
Diana Carolina Quintero\*

*Resumen*

Fecha de recepción: 14 de marzo de 2006  
Fecha de aceptación: 16 de mayo de 2006

Este artículo presenta los resultados de un estudio desarrollado en Colombia sobre la evaluación de la calidad de vida y sus relaciones con la ansiedad-depresión y el apoyo social en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se evaluaron 60 personas con diagnóstico de EPOC de diferentes IPSS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) de la ciudad de Medellín, Colombia. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el *Cuestionario SF36*; la ansiedad-depresión fue evaluada mediante el *Cuestionario HAD*, y se usó el *Cuestionario AS* para medir apoyo social. No se

---

\* Grupo de Salud Comportamental, Universidad de San Buenaventura, Medellín (Colombia). [vinalpi47@hotmail.com](mailto:vinalpi47@hotmail.com)

Dirección: Universidad de San Buenaventura, Carrera 56C N° 51-90, Centro Medellín.

evidenciaron niveles clínicamente significativos de ansiedad-depresión, la calidad de vida de las funciones físicas fueron las más afectadas especialmente el rol físico (trabajo, estudio) en el cuestionario SF36 y en relación al apoyo social se observaron niveles muy altos. En general, hubo alta confiabilidad en todo el estudio.

**Palabras claves:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas, apoyo social.

#### *Abstract*

The article presents the results of a study developed in Colombia on the evaluation of the quality of life and its relationship with the anxiety-depression and the social support in patients with diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). 60 people with diagnosis of COPD of different LISH (Lending Institutions of Services of Health) from the city of Medellín, Colombia were evaluated. The quality of life was evaluated through the Questionnaire SF36, the anxiety-depression was evaluated by Questionnaire HAD, and Questionnaire AS was used to measure social support. Significant levels of anxiety-depression were not demonstrated clinically, the quality of life of the Physical Functions was affected specially the Physical Roll (work, study) in questionnaire SF36 and in relation to the social support very high levels were observed. In general all the study had high reliability.

**Key words:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease, quality of life related to health, negative emotions, social support.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos (Vinaccia *et al.*, 2005a; Vinaccia *et al.*, 2005b; Vinaccia *et al.*, 2005c).

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por obstrucción crónica de las vías aéreas que se manifiesta por disminución en el flujo respiratorio y retardo en la espiración forzada, la obstrucción al flujo de aire es irreversible y lentamente progresiva. Esta obstrucción es producida por una combinación variable de enfisema y alteraciones inespecíficas de las vías aéreas periféricas. La bronquitis crónica, acompañada de obstrucción al flujo de aire, y el asma crónica irreversible del adulto completan las enfermedades que se describen con la denominación EPOC (Barnes, 2000).

Los conocimientos sobre la prevalencia de la EPOC suelen ser pocos e incompletos en Colombia. En un estudio desarrollado en cinco ciudades colombianas (Bogotá, Cali, Barranquilla, Bucaramanga y Medellín) por Caballero *et al.* (2003) se encontró que la prevalencia de la EPOC es de 8.9%, lo cual se considera como elevada. Con respecto al género, esta enfermedad se presentó significativamente en hombres mayores de 60 años y en relación a la posición geográfica, la prevalencia de EPOC en la ciudad de Medellín fue la más alta del país, con un 13.5%. En Europa, se calcula que solamente se diagnostica un 25% de los pacientes con EPOC (Lange *et al.*, 1989).

Esta es una enfermedad que afecta a la población adulta o de edad avanzada y tiene una prevalencia mayor en población urbana de sexo masculino. Es la causa más frecuente de consulta en las personas mayores de 60 años. La EPOC por lo común es más severa en los alcohólicos, y los pacientes con enfermedad coronaria están particularmente predispuestos al desarrollo de EPOC; igualmente, es más probable que los pacientes con

EPOC tengan antecedentes familiares de enfermedades torácicas (Álvarez *et al.*, 2001).

El cigarrillo es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de EPOC, y aumenta de acuerdo con el número de cigarrillos fumados. Igualmente, la contaminación ambiental originada por polvos y químicos inorgánicos y orgánicos se ha relacionado con el desarrollo de esta enfermedad (Alonso & Ferrer, 1998).

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema de salud pública de enormes proporciones, pues su morbilidad y mortalidad están aumentando en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2020 la EPOC será la quinta causa de años de vida perdidos, ajustados por invalidez, y la tercera causa de mortalidad. Su impacto será mayor en los países en vías de desarrollo (Parmet, 2003).

La EPOC tiene un curso crónico y lentamente progresivo y produce un importante impacto en la vida de los pacientes que la sufren. En el caso de la EPOC la obstrucción al flujo aéreo es el mecanismo primario que define la enfermedad y causa su síntoma principal: la disnea de esfuerzo y agotamiento crónico (Parmet, 2003).

Por consiguiente, el desarrollo de una enfermedad como esta altera la calidad de vida del paciente, asumiendo que el concepto "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003). Este concepto aparece hacia los años cincuenta y tiene una gran expansión a lo largo de los años ochenta; su origen proviene, principalmente, de la medicina y se amplía rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando a otros términos difíciles de operativizar, como "felicidad" y "bienestar". Si bien el término es reciente como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad (Rodríguez-Marín, 1995; Buéla-Casal, Caballo & Sierra, 1996). Inicialmente, este concepto se refería al cuidado de la salud personal; luego, se convirtió en preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad

de acceso a los bienes económicos y, finalmente, se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003).

El concepto incluye términos afines, como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad crónica en la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, lo cual afecta asimismo al autoconcepto, al sentido de la vida y provoca estados depresivos (Gil-Roales, 2004).

Por último, Schwartzmann (2003) sostiene que el aumento en la esperanza de vida hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes.

A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Rodríguez-Marín, 1995); desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un período de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica, en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Latorre & Beneit, 1994).

Respecto a este tema, la gran mayoría de los investigadores ha trabajado desde la medicina epidemiológica; véase Alonso & Ferrer (1998) utilizando en sus investigaciones variados instrumentos generales y específicos para medir tanto calidad de vida como dificultades respiratorias y síntomas asociados. En la tabla 1 se pueden apreciar algunos de estos instrumentos.

**Tabla 1**  
Instrumentos generales y específicos para medir calidad de vida y EPOC

Calidad de vida específicos	Calidad de vida generales
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)	- SF-36: Medical Outcomes Study Short-form-36
- Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	- El EuroQoL-5
- Escala de disnea de Borg	- Sickness Impact Profile
- Índice basal de disnea de Mahler	- Nottingham Health Profile
- Cuestionario de la ATS-DLD-7813	
- Cuestionario de Seattle para la enfermedad pulmonar obstructiva (SOLDQ)	
- Cuestionario de calidad de vida para enfermedades respiratorias (QLL-RIQ)	

Breslin (1998) desarrolló un estudio con 41 pacientes para determinar las relaciones entre la fatiga y la función pulmonar, la tolerancia al ejercicio, la depresión y la calidad de vida en pacientes con EPOC, a quienes se le aplicaron además de medidas de resistencia respiratoria y física, el inventario multidimensional de fatiga, el cuestionario respiratorio de St. George y el cuestionario de depresión CES-D. Los resultados mostraron que existe una fuerte relación entre las dimensiones de la fatiga y la función pulmonar, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida en los pacientes con EPOC. Concluyen que la fatiga es un síntoma importante que requiere evaluación y tratamiento adecuado, y tiene importantes relaciones con la depresión (Breslin, 1998).

Respecto a este tema, Van Manen *et al.* (2002) encontraron en un estudio epidemiológico con 162 pacientes con diagnóstico de EPOC y 359 sujetos control, que la prevalencia de depresión resultó ser muy superior en el grupo EPOC en relación al grupo sano. Se encontró además que vivir solos era un factor de riesgo para depresión igualmente importante. Diversos tratamientos de rehabilitación respiratoria se han empleado en este tipo de pacientes, y se ha evidenciado que con este tratamiento mejoran las dimensiones de calidad de vida en general y disminuyen los síntomas ansiosos de las personas que padecen la EPOC de acuerdo con los criterios del cuestionario SF36 (Buchi *et al.*, 2000).

En un estudio realizado por De Miguel *et al.* (2004) se evaluaron a 560 pacientes, 100 en atención primaria y 460 en neumología, y se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con EPOC estable, no se relaciona con el nivel de atención, ya sea asistencia primaria o neumología, pero sí con otros factores como la disnea, la existencia de agudizaciones o visitas a urgencias.

Además, se ha encontrado que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad (Affleck *et al.*, 1988), y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Katz & Neugebauer, 2001). Algunos estudios han podido comprobar, de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen & Herbert, 1996); citados por Gómez, Pérez & Vila, 2001). Estos datos confirman la importancia de las variables psicosociales en la manera cómo las personas asumen su enfermedad y cómo éstas afectan su calidad de vida. Al respecto, Fernández *et al.* (2001) desarrollaron una investigación con 278 pacientes diagnosticados con EPOC y encontraron buenos niveles de apoyo social, percibido sobre todo a nivel afectivo y medidos a través del cuestionario DUKE-UNC, pero estos niveles de apoyo estaban más relacionados con la utilización de los servicios sanitarios que con el apoyo de familiares y amigos.

Partiendo de las anteriores consideraciones, el objetivo de este estudio descriptivo exploratorio, mediante encuestas de tipo transversal (Montero & León, 2002), fue evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con emociones negativas en pacientes con diagnóstico de EPOC de la ciudad de Medellín, Colombia.

## MÉTODOS

### Participantes

Participaron en este estudio 60 pacientes voluntarios entre los 35 y 88 años de edad de ambos géneros, con diagnóstico de enfermedad

obstructiva crónica (EPOC) pertenecientes a diferentes IPSS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) de la ciudad de Medellín, Colombia. En la tabla 2 se presentan las características sociodemográficas de la muestra; y se observa que la mayoría presenta una edad media de 67.7 años  $DT=10.4$  y son mujeres (65,0%). Se evidencia, además, que el 50% de la muestra pertenece a un estrato bajo y medio. Acorde con lo anterior, el 55% ha realizado estudios de básica primaria y el 18% en básica secundaria. Cerca del 48.3% de la muestra está ubicada por igual en la categoría de casados, y el 30% restante se ubica en la categoría de viudos, donde el 85% vive acompañado. El 58% de las personas que participaron en el estudio son jubilados y el 28% amas de casa; el resto se ubica en otras categorías.

**Tabla 2**  
Características sociodemográficas de los participantes en el estudio

		Frec. (%)			Frec. (%)
<b>Género</b>	Hombre	21 (35.0%)	<b>Ocupación</b>	Jubilado	35 (58.3%)
	Femenino	39 (65.0%)		Empleado	2 (3.3%)
<b>Estado civil</b>	Soltero	11 (18.3%)		Independiente	4 (6.7%)
	Casado	29 (48.3%)		Desempleado	2 (3.3%)
	Divorciado	2 (3.3%)		Ama de Casa	17 (28.3%)
	Viudo	18 (30.0%)		1	7 (11.7%)
<b>Escolaridad</b>	Primaria	33 (55.0%)	<b>Estrato Socio económico</b>	2	16 (26.7%)
	Secundaria	11 (18.3%)		3	20 (33.3%)
	Técnico	5 (8.3%)		4	8 (13.3%)
	Universitario	7 (11.7%)		5	9 (15.0%)
	Otros	4 (6.7%)			

### Instrumentos

La calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario de Salud SF36, diseñado por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través

de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento (Ware & Sherbourne, 1992). El SF36 es un instrumento psicométricamente sólido para evaluar calidad de vida relacionada con la salud, en términos de funcionamiento físico y psicológico; sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. El SF36 ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto Internacional Quality of Life Assessment (IQUOLA); su traducción al castellano siguió un protocolo común a todos los países que participan en el proyecto IQUOLA, y se basó en el método de traducción y retrotraducción por profesionales y la realización de estudios piloto (Alonso *et al.*, 1995; Alonso *et al.*, 1998b).

El SF36 evalúa las ocho dimensiones siguientes: Función Física (limitaciones físicas), Rol Físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía), Función Social (interferencia en la vida social habitual), Rol Emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), Salud Mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta) y Evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás). El SF36 puntúa en una escala de 0 a 100; las cifras más altas indican una mejor calidad de vida.

Para evaluar el nivel de ansiedad y depresión se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), en la versión en castellano desarrollada en Colombia por Rico, Restrepo & Molina (2005). El coeficiente alfa de Cronbach encontrado en la validación fue de 0.85. El HAD utiliza una escala tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van de 0 hasta 3 para evaluar de manera situacional la ansiedad y la depresión, con relación al período actual. La puntuación total en cada subescala de 7 preguntas se obtiene sumando los ítems correspondientes, en un rango de 0 a 21. A mayor puntuación, más altos niveles de ansiedad o depresión.

Escala de Apoyo Social -AS- (Matud, 1998; 2003). Diseñada para la evaluación funcional y global de apoyo social percibido en mayores de 18 años, puede aplicarse en forma individual o colectiva y tiene una

duración aproximada de 3 minutos. Está formada por 12 ítems que recogen información sobre la percepción de disponibilidad de personas que pueden prestar ayuda práctica y/o apoyo emocional en las áreas afectiva, económica, laboral y familiar. Muestra las dimensiones de estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social y todos los ítems se agrupan en un factor cuya consistencia interna es de 0.90. Esta escala utiliza un formato tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van desde 0 para "Nunca", hasta 3 para "Siempre", con un rango que oscila entre 0 a 36 puntos. A mayor puntuación, más altos niveles de apoyo social percibido.

### Procedimiento

Los pacientes acudían a consulta externa en diferentes IPSS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) de la ciudad de Medellín, y fueron informados acerca de los objetivos de la investigación. Una vez recibida la información, se solicitó el consentimiento para participar en esta, y se les comentó acerca del secreto ético de la información; además, que no obtendrían remuneración económica por su participación y que podrían retirarse de la investigación cuando ellos así lo consideraran. Una vez obtenido el consentimiento, se diligenció la ficha de datos sociodemográficos y se les entregó los tres instrumentos que se iban a aplicar (SF36, HAD y AS), los cuales fueron diligenciados por los pacientes con la ayuda del entrevistador en un lapso aproximado de 30 minutos.

### RESULTADOS

Se observan en la tabla 3 las diferentes medidas de tendencia central, como son la media, la mediana y la DT, de cada uno de los grupos de variables que intervienen en el cuestionario. También se pueden observar los alfa de Cronbach de cada uno de los instrumentos y de sus diferentes subescalas, y se evidencia para cada una de las variables estudiadas que el valor de alfa en todos los ítems es superior a 0.5, lo que indica que el criterio de aceptación dentro del estudio fue alto.

**Tabla 3**  
Estadísticas descriptivas y alfa de Cronbach de las variables del estudio:  
Calidad de Vida, Ansiedad-Depresión y Apoyo Social

	Media	Mediana	DT	Alfa
Cuestionario SF36				
Función Física (FF)	44,7	47,5	30,9	0,81
Rol Físico (RF)	33,4	34,0	43,5	0.81
Dolor Corporal (DC)	52,7	52,2	32,1	0.82
Salud General (SG)	46,7	47,0	18,4	0.83
Vitalidad (VT)	47,5	50,0	28,0	0.80
Función Social (FS)	58,1	62,5	33,4	0.81
Rol Emocional (RE)	49,9	66,6	45,3	0.80
Salud Mental (SM)	59,4	56,0	26,3	0.85
Escala HAD				
HAD Ansiedad	7,78	7,0	4,6	0.85
HAD Depresión	5,53	5,5	4,1	0.85
Escala de Apoyo Social				
AS	27,12	28,0	6,1	0.84

Específicamente, encontramos que las variables del cuestionario SF36 en general tienden a valores con promedios bajos y medios para la prueba en las dimensiones físicas del cuestionario (véase Función Física, Rol Físico, Salud General, Vitalidad y Dolor). En la variable Función Física (FF) se evidencia en los sujetos que participaron en el estudio dificultades que limitan las actividades físicas y de autocuidado que impliquen esfuerzos moderados e intensos. Respecto a Rol Físico (RF) se observa, igualmente, que la enfermedad tiene alto impacto en las actividades relacionadas con el rol diario (trabajo, estudio, etc.) y es la más significativa entre todas las dimensiones físicas. En cuanto a la dimensión de Salud General (SG) se percibe una valoración baja sobre la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse. Se evidencia además que los sentimientos de energía y vitalidad son bajos, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento, que se manifiesta en estos pacientes de una forma moderadamente alta en la dimensión de Vitalidad (VT). Por último, en la dimensión Dolor Corporal (DC) se aprecia en este estudio que los

pacientes tienen una interferencia moderada del dolor en sus actividades de trabajo y de hogar.

De otro lado, por el contrario, encontramos unas puntuaciones más altas en las escalas psicosociales del cuestionario en las dimensiones de Función Social, Rol Emocional y Salud Mental, lo cual indica una calidad de vida un poco más favorable para las personas encuestadas, según los criterios de Alonso *et al.* (1998). Respecto a la Función Social (FS) se observa un menor grado de problemas de salud física y/o emocional que interfieran en la vida social habitual de estos pacientes. Consecuentemente, no se evidenció significativamente niveles emocionales negativos (ansiedad-depresión-estrés) en cuanto a la dimensión de la Salud Mental (SM), lo cual posibilita a los sujetos del estudio poder tener un buen control emocional en su vida. En cuanto a Rol Emocional (RE), se resalta que es una de las dimensiones más altas en relación a las escalas psicosociales, y en estas personas no se presentan interferencias significativas de lo emocional en las actividades diarias, lo cual favorece el rendimiento adecuado en el hogar y el trabajo.

En los puntajes de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), se puede apreciar que los síntomas depresivos son relativamente bajos con respecto a los puntos de corte de validación de esta escala en Colombia, que es de 8 puntos para diagnosticar síntomas depresivos. En cuanto a la variable ansiedad se acerca a los niveles de corte de 9 puntos planteados por Rico, Restrepo & Molina (2005), para indicar presencia de síntomas de ansiedad.

Con respecto a la Escala de Apoyo Social (AS), se encontró que estas personas tienen muy buenos niveles de apoyo social, superiores a las medias de las investigaciones de Matud (1998) con población normal española ( $x = 27$ ).

Se comparan en la tabla 4 nuestros resultados con los obtenidos en población sana colombiana de la ciudad de Medellín con el cuestionario SF36 (García & Lugo, 2002). Se encontró que las dimensiones de calidad de vida más afectadas por la presencia de EPOC son las variables asociadas a las dimensiones físicas, en comparación con las dimensiones psicosociales que se encuentran un poco más preservadas en el tiempo.

**Tabla 4**  
Comparación entre las medias de las dimensiones del cuestionario SF36 entre la muestra sana y pacientes con EPOC.

MUESTRA	Función Física (FF)	Rol Físico (RF)	Dolor Corporal (DC)	Salud General (SG)	Vitalidad (VT)	Función Social (FS)	Rol Emocional (RE)	Salud Mental (SM)
Personas sanas	93.9	90.3	82.0	84.4	75.8	85.8	86.3	79.5
Pacientes con EPOC	44.7	33.4	52.7	46.7	47,5	58.1	49.9	59.4

**Tabla 5**  
Correlación de las variables del estudio: Calidad de Vida, Ansiedad

	Rol Físico	Salud Mental
Vitalidad	-	*0,79
Función Social	*0,70	-
Rol Emocional	-	*0,74
Ansiedad	-	*-0,69

\*p>0,5

En la tabla 5 se pueden observar los resultados de la aplicación del Coeficiente de Correlación de Pearson a todas las variables. Se evidencia que existen correlaciones altas positivas y negativas con respecto a algunas de las sub-escalas del SF-36 y algunas de las variables asociadas a la escala de ansiedad del cuestionario HAD entre sí, como se describe a continuación, donde:

- Función Social correlaciona con Rol Físico (0,70), lo cual indica que los problemas físicos y/o emocionales afectan en la vida social habitual, como por ejemplo, el trabajo, reuniones sociales, actividades recreativas, relaciones afectivas, etc., es decir, interfieren en el rendimiento esperado y limitan el tipo de actividades que se desea realizar.
- Vitalidad correlaciona con Salud Mental (0,79), lo cual indica que en los pacientes de EPOC de nuestro estudio los niveles de energía y vitalidad, especialmente de cansancio y agotamiento, puede interferir

en la realización de las actividades diarias de los sujetos, afectar el estado de ánimo, desarrollar emociones negativas y generar dificultades en su control emocional.

- La Salud Mental se correlaciona positivamente con Rol Emocional (0.74), lo cual muestra que los problemas emocionales, tales como ansiedad y depresión, pueden interferir en las actividades diarias de los sujetos de nuestro estudio, y se manifiesta en la reducción de tiempo y rendiendo deseado dedicado a actividades como el trabajo, el estudio, la recreación, etcétera, lo que posiblemente lleva a perder el control tanto de sus conductas como de sus emociones y afecta a nivel general su salud mental.
- La Salud Mental se correlaciona negativamente con las variables Ansiedad (-0.69); la salud mental está fuertemente relacionada con el control de esta emoción negativa que se caracteriza por síntomas de “hiperventilación fisiológica” e “incertidumbre”. Por lo tanto, podemos señalar que si nuestros pacientes con EPOC tienen buena salud mental posiblemente tienen bajos niveles de ansiedad, y viceversa. El control de la conducta que puedan o no tener los pacientes con EPOC podría estar ligado a una percepción óptima o deficitaria de salud mental.

## DISCUSIÓN

En este estudio se trabajó con una muestra de 60 pacientes, con una edad media de 67.7 años; la mayoría de ellos fueron mujeres diagnosticados con EPOC, y residentes en la ciudad de Medellín, Colombia. Se administraron los Cuestionarios SF36, HAD (versiones en castellano) y el AS. Al someter los datos al análisis de fiabilidad se obtuvo un alfa con alta consistencia interna para cada uno de los instrumentos y sus diferentes subescalas.

En el estudio realizado por Caballero *et al.*, (2003) se encontró que los factores de riesgo de EPOC en Colombia fueron: la edad mayor de 60 años, el antecedente de tuberculosis, el hábito de fumar, ninguna escolaridad, el sexo masculino, la exposición a humo de la leña por más de 10 años y variaciones geográficas. Así mismo, el estudio Caballero *et al.*, (2003)

planteó además que en la ciudad de Medellín la prevalencia de EPOC fue la más alta en todo el país. En consideración con lo anterior podemos inferir en nuestro estudio que las variaciones geográficas influyeron en el desarrollo de la EPOC, especialmente en el género femenino, ya que las mujeres de nuestra muestra en su juventud (años cuarenta y cincuenta) pertenecían a la cultura andina de la montaña y, posiblemente, cocieron los alimentos en fogón de leña por tiempo prolongado.

De acuerdo con el cuestionario SF36, las dimensiones físicas, como Función Física, Salud General, Vitalidad y Dolor, fueron afectadas por la enfermedad EPOC y más específicamente la dimensión de Rol Físico, pues se observó que la enfermedad EPOC padecida por los sujetos de nuestro estudio interfirió en las actividades físicas y de autocuidado, tales como caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, asearse y alimentarse, etc. Igualmente, que las actividades relacionadas con el rol físico como el trabajo, el estudio, relaciones afectivas, etc., se vieron afectadas de manera más significativa. Con lo anterior se evidencia que los sentimientos de energía y vitalidad están disminuidos por la presencia de síntomas frecuentes de cansancio y agotamiento, lo cual aminora el rendimiento esperado en todas sus actividades, más que la manifestación de los síntomas de dolor corporal, lo que posiblemente los lleva a la percepción desfavorable que tienen de su salud en general actual y futura y la resistencia a enfermarse.

De otro lado, por el contrario, encontramos en nuestro estudio que las dimensiones de Función Social, Rol Emocional y Salud Mental del SF36 permiten una calidad de vida un poco más favorable en relación con los factores psicosociales, y el Rol Emocional es una de las dimensiones más significativas, pues se evidenció que los problemas de salud física y/o emocional interfirieron en menor medida en la vida social habitual de estos pacientes, ya que no presentaron significativamente niveles emocionales negativos de ansiedad-depresión-estrés, lo que les facilitó posiblemente poder tener un buen control emocional en su vida, de sus actividades diarias y el rendimiento adecuado en el hogar y el trabajo. De acuerdo con diversas investigaciones en pacientes con diagnóstico de EPOC, en las cuales se evaluó calidad de vida con el cuestionario SF36, se encontró que todas las escalas estaban por debajo de las medias poblacionales, excepto en las escalas de Rol Físico y Rol Emocional (Alonso *et. al.*, 1998a).

En cuanto a la escala HAD, los participantes de nuestro estudio presentaron pocos síntomas de “bajo afecto positivo” y “desesperanza”, a diferencia de los síntomas de “hiperventilación fisiológica” e “incertidumbre” relacionados con la ansiedad (Sandín, 1995), que fueron un poco más significativos, lo cual evidencia, posiblemente, que en estos pacientes con EPOC existe preocupación constante por la enfermedad, lo que altera el sueño (insomnio), y la falta de un descanso adecuado y reparador puede acarrear otros síntomas asociados, como fatiga y agitación psicomotora.

Respecto a lo anterior, en nuestro estudio encontramos puntuaciones significativas que difieren de los estudios desarrollados en Estados Unidos y Europa, particularmente en lo relacionado con puntajes alcanzados en las escalas Ansiedad-Depresión (HAD) que no son clínicamente significativos, pues presentan muy bajos niveles de estos síntomas (Van Manen *et al.*, 2002). Resultados similares corroboran los hallazgos encontrados en Colombia, y específicamente en el departamento de Antioquia, donde se han evidenciado niveles bajos de ansiedad, depresión y estrés en varias enfermedades crónicas; véase artritis reumatoide, cáncer de pulmón, dispepsia, diabetes mellitus tipo II (Vinaccia *et al.*, 2005a; Vinaccia *et al.*, 2005b; Vinaccia *et al.*, 2005c). Se sugieren estudios para evaluar las estrategias de afrontamiento de estos pacientes crónicos que al parecer son funcionales.

Respecto al Apoyo Social de nuestra muestra de sujetos con EPOC se encontró que tienen una percepción positiva en cuanto a la disponibilidad de personas en su entorno que les puedan brindar ayuda práctica y/o apoyo emocional en las áreas afectiva, económica, laboral y familiar, a diferencia del estudio de Fernández *et al.* (2001), que evidenció más apoyo social en el personal de servicios sanitarios que en la propia familia. Estas diferencias se podrían asociar a las diferencias culturales socio afectivas entre España y Colombia.

Según con lo anterior, diferentes investigaciones con enfermos crónicos plantearon que el apoyo social que estos perciben en el ámbito emocional por parte del personal asistencial, amigos, compañeros de trabajo y familiares puede servir de amortiguador de los efectos del

estrés y de las emociones negativas que generan las enfermedades y su tratamiento (Gil-Roales, 2004). Estos resultados confirman la importancia del apoyo social percibido sobre el estrés (Sandín, 2003) y destacan el importante papel que ejerce este último sobre la adaptación emocional del paciente (Barra, 2004).

Por eso es importante recordar que la muestra de personas con EPOC de esta investigación pertenecía sobre todo a estratos bajos de la subcultura andina, de Medellín (Colombia), y la mayoría de ellos son mujeres de edad madura, que culturalmente tienen un alto estatus matriarcal dentro de redes familiares compuestas por grupos humanos numerosos, en los cuales se da y se recibe un amplio apoyo social en el transcurso de sus vidas (Gutiérrez de Pineda, 1999).

Abello, Madariaga & Hoyos (1997) encontraron además en diferentes investigaciones con poblaciones colombianas de estratos socioeconómicos bajos que el apoyo emocional recibido por compadres-comadres y vecinos es importante en momentos de crisis, ya que este apoyo es considerado una demostración de cariño y afecto. Similares hallazgos han sido descritos por Díaz-Guerrero (1986) en México, donde acuñó el término “grey sostén” para explicar redes de apoyo y redes de ayuda emocional vistas como importantes dispositivos para el logro de la salud y el bienestar psicológico.

Por último, se observó alto nivel de relación de algunas de las variables del cuestionario SF-36 con el cuestionario HAD, lo cual indica que los problemas físicos y/o emocionales interfieren en el rendimiento esperado de las actividades relacionadas con la vida social habitual. Igualmente, que los sentimientos de cansancio y agotamiento puede interferir en el estado de ánimo, desarrollar emociones negativas que dificultan, a su vez, la realización de las mismas actividades diarias y el propio control emocional. Especialmente se observa que los síntomas de ansiedad están fuertemente relacionados con la salud mental en general, lo cual indica que si nuestros pacientes con EPOC tienen buena salud mental, posiblemente, tendrán bajos niveles de ansiedad y viceversa. El control de la conducta que puedan o no tener los pacientes con EPOC podría estar ligado a una percepción óptima o deficitaria de salud mental.

Finalmente, hay suficiente evidencia que muestra que diversos factores psicosociales se asocian con la EPOC, lo cual apoya la hipótesis de que contribuyen a su curso clínico. Por ello, se hace necesario el diseño de un modelo que permita entender más integralmente la EPOC. El impacto de las enfermedades crónicas como la EPOC parece estar estrechamente vinculado a la situación social, cultural y económica de estos pacientes, lo cual incide de forma diferencial en su calidad de vida.

### Referencias

- Abello, R., Madariaga, C. & Hoyos, O. (1997). Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29, 115-137.
- Affleck, G.; Tennen, H.; Pfeiffer, C; Fificol, J., & Rowc, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 1, 71-77.
- Alonso, J.; Prieto, L. & Antó J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J.; Prieto, L.; Ferrer, M.; Vilagut, G.; Broquetas, J.M. & Roca, J. (1998a). Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. Quality of Life in COPD Study Group. *Journal Clinical Epidemiological*, 51, 1087-94.
- Alonso, J.; Regidor, E.; Barrio, G.; Prieto, L.; Rodríguez, C. & De la Fuente, L. (1998b). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- Alonso, J. & Ferrer, M. (1998). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y salud percibida. *Medicina Clínica*, 111, 580-582.
- Álvarez-Sala, J.L.; Cimas, E.; Masa, J.E.; Miravittles, M.; Molina, J.; Naberan, K.; Simonet, P. & Viejo, J.L. (2001). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Archivos de Bronconeumología*, 37, 269-278.
- Barra, E. (2004). Apoyo social estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barnes, P. (2000). Chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal Medicine*, 343, 269-280.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Breslin, E. (1998). Percepción de la fatiga y la calidad de vida en pacientes con EPOC. *Chest*, 114, 958-964.

- Buela-Casal, G; Caballo, V.E. & Sierra, J.C. (Eds.) (1996). *Manual de evaluación de la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Buchi, S.; Brandli, O.; Klingler, K.; Klaghofer, R. & Buddeberg, C. (2000). Inpatient rehabilitation in inpatients with chronic obstructive lung diseases (COPD): effect on physical capacity for work, psychological wellbeing and quality of life. *Schweiz Med Wochenschr*, 130,135-42.
- Caballero, A.S.; Torres, C.; Maldonado, D.; Jaramillo, C. & Guevara, D. (2003, octubre). Prevalencia de la enfermedad pulmonar oclusiva crónica en cinco ciudades colombianas. Trabajo presentado en X Congreso Colombiano de Neumología y Cirugía de tórax. Cartagena.
- De Miguel, J. (2004). Calidad de vida en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Archivos de Bronconeumología*, 40, 480 – 482.
- Díaz-Guerrero, R. (1986). *El ecosistema cultural y la calidad de la vida* México: Trillas.
- Fernández, A.M.; Bujalance, M.J.; Leiva, F.; Martos, F.; García, A.J. & Sánchez de la Cuesta, F. (2001). Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Atención primaria*, 28, 579-589.
- García, H. & Lugo, H. (2002). Adaptación cultural y fiabilidad del instrumento de calidad de vida SF36 en instituciones de Medellín. Tesis de Maestría. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública.
- Gil-Roales, J. (Ed.) (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gómez, L.; Pérez, M. & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1999). *Estructura, función y cambio de la familia colombiana*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Katz, P.P. & Neugebauer, A. (2001). Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on values activities and depressive symptoms? *Arthritis Rheumatism*, 45, 263-269.
- Lange, P.; Groth, S. & Nyboe, J. (1989). Chronic obstructive lung disease in Copenhagen: cross-sectional epidemiological aspects. *Journal Internal Medicine*, 226, 25–32.
- Latorre, P. & Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Matud, P. (1998). *Escala de Apoyo Social*. [Trabajo no publicado]. Tenerife: Universidad de la Laguna.
- Matud, P.; Ibáñez, I.; Bethencourt, J.M.; Marrero, R. & Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35, 1.919-1.929.

- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical And Health Psychology*, 2, 503-508.
- Parmet, S. (2003). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica* (EPOC). *JAMA*, 290, 2732.
- Rico, J.L.; Restrepo, M. & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 3, 73-86.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Sandín, B. (1995). Ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds), *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill, 71-74.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Serón, P.; Riedemann, P.; Sanhueza, A.; Doussoulin, A. & Villarroel, P. (2003). Validación del Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica en pacientes chilenos con limitación crónica del flujo aéreo. *Revista Médica de Chile*, 131, 1243-1250.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-2.1
- Van Manen, J.G.; Bindels, P.J.; Dekker, F.W.; IJzermans, C.J.; Van Der Zee, J.S. & Schadé, E. (2002). Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*, 57, 412-416.
- Vinaccia, S.; Tobón, S.; Moreno San pedro, E.; Cadena, J. & Anaya, J.M. (2005a). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 45-60.
- Vinaccia, S.; Quiceno, J.M.; Contreras, F.; Zapata, M.; Fernández, H.; Bedoya, M. & Tobón, S. (2005b). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-221.
- Vinaccia, S.; Contreras, F.; Palacio, C.; Marin, A. & Tobón, S. (2005c). Disposiciones fortalecedoras: personalidad resistente y autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.
- Ware, J. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.