

77



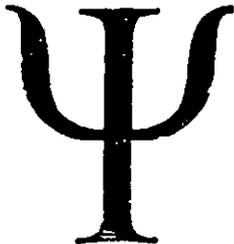
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROPUESTA DE UN PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA: IRMA LORENA GUADARRAMA BAZANTE



DIRECTOR DE TESIS: LIC. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ

MEXICO, D.F.

2000

132093



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A ti papá, porque siempre buscaste las mejores escuelas para mi, pensando siempre en mi futuro y en que tuviera una buena educación. Por tu inmenso cariño. Por tu presencia, por todos los momentos lindos a tu lado. Siempre serás un hombre muy importante en mi vida, un ejemplo de rectitud, honestidad, compañerismo y amor.

Esto es una pequeña retribución de lo que hemos soñado, espero darte mucho más.

A ti mamá, por ser mi mejor amiga y por todo tu amor.

Porque tus besos, tus caricias, tus abrazos, tu voz, tus lágrimas, tus juegos, tus secretos, tu risa y sentido del humor inigualables han llenado mi vida.

Por consolarme cuando he estado triste dandome tu mano para salir adelante juntas, a pesar de los momentos difíciles.

Sin ti para escucharme siempre, apoyarme, desvelarte a mi lado no podría haber llegado a este momento. Por todos tus sacrificios y por compartir junto conmigo a todo momento todos mis sueños, este es uno mas que hemos alcanzado.

A Mauricio, mi hermano, por estar siempre a mi lado, por compartir conmigo tantos juegos y por tus bromas. Por enseñarme a admirar la naturaleza y lo apasionante de la aventura. Por tu gran valentía y pasión por la vida.

A la memoria de mis abuelitos, Oscar, Lucía y Jose Merced.

Y a mi abuelita Lola, por todo lo que me ha enseñando, por demostrarme que con inteligencia y decisión se alcanzan todas las metas.

A la memoria de Adri, a ti por darme una gran lección de fuerza y amor. Por enseñarme a valorar los dos tesoros de la vida.

A toda mi familia, a la familia Guadarrama y Bazante, a todos mis tíos, a mi tía Lulú, a mis primos y primas gracias por darme una infancia increíble.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Raúl Sansores por apoyarme en este proyecto. Por darme la oportunidad de desarrollarme en el ámbito profesional. Por su cúmulo de experiencias las cuales han sido base para la elaboración de mi tesis.

A la Lic. Blanca Elena Mancilla, por todo el tiempo que dedicó a este proyecto, por todas las valiosas sugerencias y guía en la elaboración de este trabajo. Por todo su apoyo y conocimientos que dieron sentido y forma a esta tesis.

A la Mtra. Gina Montes de Oca, a la Lic. Anne Marie Brugmann, a la Lic. Asunción Valenzuela y al Maestro Jorge Perez. Gracias por su apoyo profesional, asesoría y sabias recomendaciones.

Al Dr. David Velazquez por permitirme formar parte de su laboratorio por acercarme al mundo de la ciencia por su amistad y escucharme siempre.

Al personal del Pabellón 5 del INER, a la Dra. Alejandra Ramírez, por su apoyo. A la Lic. Gabriela Lara, quien comenzó este proyecto, por compartir la información de los pacientes con EPOC. A la Psic. Lupita Aguilar por su amistad incondicional y por todas las facilidades que siempre me brindo. Por la valiosísima información que me proporcionaron, gracias.

A todos los pacientes de la Clínica de EPOC del INER.

A la UNAM y a todos sus profesores, por ser parte de una etapa de mi vida muy importante, y darme todo para formarme como profesionista.

A Fundación UNAM por el apoyo económico para la elaboración de esta tesis.

En especial a:

Alicia Vélez, que vio iniciar esta tesis cuando no era mas que una idea, pues juntas imaginamos muchas cosas, tuvimos muchas ilusiones que estoy segura iremos consiguiendo. Gracias por todos los momentos agradables que tuvimos en clases, fuera de ellas, en el laboratorio y en el INER. Gracias por su amistad y por escucharme y aconsejarme siempre.

A Gaby Orozco, por sus enseñanzas, por todo su apoyo, sus recomendaciones, su asesoría, definitivamente por ayudarme a completar mi tesis, por ser un ejemplo a seguir como profesionista por su dedicación y empeño y por ser una gran amiga, gracias por todos los momentos que hemos compartido. Por fin amiga, no fue pronto pero ahí la tienes.

A Nancy León, por ser mi mejor amiga por tantos años, por todo lo que me ha dado, por todas las risas y lagrimas, por quererme y aceptarme como soy, así de diferentes pero al mismo tiempo tan iguales.

A todos mis amigos y compañeros por tener siempre algo valioso que compartir conmigo:

A Juan Pablo Herrera, por todos estos años de amistad, por apoyarme y quererme siempre.

A Cesar Casasola, por su amistad y momentos tan divertidos y “encantadores”. Por tu cariño, gracias.

A Daniel Aspuru, por todo su apoyo. Por escuchar mis sueños, ilusiones y algunos hacerlos realidad.

A Itzel Magaña, por ser tan buena amiga y por compartir nuestra otra pasión.

A Gaby Bistrain, por su gran amistad y todas esas horas de plática que se pasan sin sentir las por ser geniales.

A Ana Rosa Moreno, por su sonrisa y palabras de aliento, por escucharme y darme siempre buenos consejos.

A Daniela Chavez, por ser tan creativa y diferente, por ver la vida de un modo tan bonito. Por su amor al arte y a la vida.

A Mariana Rivera, por los momentos divertidos que compartimos y por su amistad.

Al recuerdo y memoria de Mariana Nuñez, por cada minuto en su compañía.

A July Acosta, no hay palabras para tu amiga del Kinder! y que sigue presente.

Y a todos los que en este momento olvido pero estan siempre presentes... Gracias a Dios.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	5
1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.....	5
1.1. Factores de Riesgo.....	7
1.2. Epidemiología.....	15
1.3. La patología en EPOC.....	16
1.4. Diagnóstico.....	17
1.5. Pronóstico.....	20
1.6. Tratamiento.....	20
2. Aspectos Psicológicos y Neurocognitivos de los pacientes con EPOC.....	27
2.1. Estados emocionales y psicofisiología asociada con EPOC.....	31
2.2. Aspectos neuropsicológicos.....	31
2.3. Efectos psicológicos y neuropsicológicos de la oxigenoterapia.....	32
2.4. Evaluación del paciente.....	33
2.5. Educación del paciente y la familia.....	35
2.6. Estrategias de intervención.....	35
2.7. Personalidad.....	38
2.8. Depresión.....	41
2.9. Ansiedad.....	45
2.10. Ataques de pánico.....	47
3. La Tercera Edad.....	48
3.1. Crisis.....	50
3.2. La enfermedad y la salud en la tercera edad.....	51
3.3. Trastornos psíquicos de la tercera edad.....	55
3.4. Diagnóstico psiquiátrico.....	58
CAPÍTULO II	
MÉTODO	59
1. Planteamiento del problema.....	59
2. Objetivo general.....	60
3. Objetivos específicos.....	60
4. Hipótesis de trabajo.....	61
5. Variables.....	61
6. Definición conceptual de las variables utilizadas.....	61
7. Definiciones operacionales.....	63
8. Tipo de estudio.....	63
9. Muestra.....	64

10.	Escenario.....	64
11.	Instrumentos.....	65
12.	Procedimiento.....	65
13.	Diseño estadístico.....	66
 CAPÍTULO III		
	RESULTADOS.....	68
 CAPÍTULO IV		
	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	98
 CAPÍTULO V		
	DISCUSIÓN.....	105
 CAPÍTULO VI		
	CONCLUSIÓN	
	INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA PARA PACIENTES	
	CON EPOC	113
1.	Objetivos.....	113
2.	Criterios de inclusión.....	114
3.	Tipo de enfoque terapéutico.....	114
4.	Tratamiento.....	115
 CAPÍTULO VII		
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	118

RESUMEN

Se trabajo con pacientes que ingresaron a la clínica de EPOC del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, y que fueron diagnosticados bajo los criterios propios de esta enfermedad.

Para conocer los rasgos de personalidad predominantes en estos pacientes, así como la presencia de estados de ánimo que se encuentren como depresión o ansiedad, ante el impacto del diagnóstico de EPOC, así como también para conocer factores importantes que pueden dar información acerca de la calidad de vida que llevan estos pacientes se aplicaron pruebas grafoproyectivas.

Se estudiaron los problemas por los que atraviesan estos pacientes debido a la incapacidad física provocada por la enfermedad, como se enfrentan a ella y que manifestaciones emocionales predominan. Se aplico una batería de pruebas psicológicas, que consistió de una entrevista, la escala de inteligencia Wechsler para adultos WAIS, el inventario de ansiedad rasgo-estado IDARE, el inventario de depresión de BECK, the hospital anxiety and depression scale HAD, el test proyectivo de figura humana Machover, el test proyectivo casa, árbol, persona HTP, el test de frases incompletas de Sacks y el inventario multifásico de la personalidad Minessota MMPI.

Se describen las principales características conductuales de las personas con EPOC al ser diagnosticadas y se propone un programa psicoterapéutico con el fin de apoyar al tratamiento médico y promover la mejoría del paciente.

Esta tesis se realizó con el apoyo del INER

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las enfermedades pulmonares se presentan como un problema de salud importante. Y como tal, amerita nuestra atención.

Las EPOC son la quinta causa de muerte en los Estados Unidos de Norteamérica. En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en la ciudad de México, el gasto para la atención de estos pacientes representa el 22% del presupuesto destinado para atención médica.

Además del tremendo impacto económico que la enfermedad representa, su importancia se incrementa si se considera que es la única enfermedad reconocida como causa de muerte y cuya prevalencia va en aumento. (Sansores y Pérez-Padilla, 1997).

Según la declaración hecha por la Sociedad Americana de Tórax en 1986 tres entidades están incorporadas en el término de EPOC: la bronquitis crónica, el enfisema y la enfermedad de las vías aéreas pequeñas. (Sansores, 1997).

Dentro de los principales factores que existen como riesgo para desarrollar este tipo de enfermedades están, el consumo de tabaco, el cual además contiene sustancias altamente adictivas que provocan que las personas dependan física y psicológicamente de él y es muy difícil de eliminar, la exposición al humo de leña o carbón, que en nuestro país todavía es utilizado por algunas mujeres para cocinar en áreas rurales y otros como la deficiencia de alfa-1 antitripsina, siendo esta de tipo hereditario, además del nivel socioeconómico pobre, entre otros.

El paciente con EPOC muestra una serie de síntomas físicos como son: tos crónica, expectoración y disnea en grados variables, así como una significativa y progresiva reducción

del flujo aéreo espiratorio en un segundo, VEF₁, (volumen espiratorio forzado en el 1er segundo).

Esta limitación del flujo aéreo no muestra una total reversibilidad en respuesta a agentes farmacológicos y esto lo distingue del asma.

Los pacientes con EPOC están invalidados e incapacitados para desarrollar algunas de las actividades a las cuales estaban acostumbrados antes de enfermar. Estas limitaciones están en relación con el grado de afectación respiratoria del paciente y con el tiempo de evolución de su enfermedad. Además considerando que la mayoría de enfermos se encuentran por arriba de la cuarta década de la vida, la edad contribuye también a incrementar las limitaciones de los pacientes. (Mejía y Domínguez, 1997).

Cada vivencia experimentada de manera desagradable por el paciente puede ser un factor que altere su vida, las experiencias de una enfermedad incapacitante son manifestadas de diferentes maneras de acuerdo a la experiencia propia de cada persona. Las manifestaciones pueden ser de ira, inseguridad, minusvalía, baja autoestima, depresión, aislamiento, frustración, ansiedad, bajo rendimiento laboral, etc.

Las experiencias de este tipo son decisivas dentro de la vida de las personas, y cuando como en estos casos son adversas, juegan un papel importante, aunque este papel no es estrictamente igual en todas las personas, se trata de identificar qué efectos tienen éstas sobre el carácter y personalidad de los enfermos para poder más adelante intervenir como psicólogos dentro del tratamiento de estos pacientes.

La pérdida de la salud, con peligro de muerte, con incapacidad, con alteraciones estéticas afectan en el autoestima y es bien sabido que es causa psicológica de padecimientos importantes como la depresión.

En virtud de que los pacientes con EPOC, viven esta pérdida de su salud y de que existen pocos estudios que nos den a conocer el perfil caracterológico de estos pacientes, he aquí el interés de saber ¿cuál es el impacto de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica sobre las funciones psicológicas del paciente? ¿existe algún patrón característico en estos pacientes? ¿cómo afecta a su vida cotidiana? ¿cómo repercute en sus relaciones de trabajo, su familia, sexualidad, autoestima?

Este trabajo pretende contestar estas preguntas y poder proporcionar conocimientos que ayuden al manejo del paciente con EPOC.

La presente investigación tiene como objetivo describir las características de los pacientes con EPOC, de la población de la clínica de EPOC del INER, al ser diagnosticados y a partir de esto proponer un programa psicoterapéutico para estos pacientes.

Los pacientes que se incluyen en la investigación fueron previamente diagnosticados por los neumólogos de la clínica de EPOC del INER.

Con el propósito de esclarecer los factores con los que pudiera correlacionarse este diagnóstico, será primordial describir la población en términos de sus características socioeconómicas e incidencia de variables que se sospecha pueden presentarse en los pacientes.

Para este propósito se utilizó una valoración psicológica, proyectiva y cognoscitiva, en la que sólo se incluyeron a aquellos pacientes cuyo diagnóstico correspondía a EPOC.

A estas personas se les exploraron características de personalidad, ansiedad, depresión, áreas de conflicto e inteligencia una vez hecho el diagnóstico.

CAPÍTULO I: MARCO TEORICO

1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se manifiesta en tres formas principales: La bronquitis crónica, el enfisema pulmonar , y la enfermedad de la vía aérea menor. (Sociedad Americana de Tórax (SAT), 1986 citado por Sansores y Pérez-Padilla, 1997).

Es definida como una enfermedad caracterizada por la presencia de obstrucción de la vía aérea, generalmente progresiva, quizá acompañada por hiperreactividad de la vía aérea y parcialmente reversible, espontáneamente o con medicamentos. (Pérez-Padilla, 1994).

La SAT la define como una enfermedad de etiología incierta caracterizada por el enlentecimiento permanente del flujo aéreo durante la espiración, que excluye al asma bronquial.

Los pacientes con EPOC, presentan tos, expectoración y disnea. (Martínez y Rubio, 1994)

Algunos autores y la SAT han buscado definir estas entidades con el fin de proporcionar a las personas interesadas la mejor descripción de estas enfermedades.

Bronquitis Crónica

Es un desorden clínico caracterizado por la secreción excesiva de moco en el árbol bronquial.

Esta se manifiesta por la producción de tos de forma crónica y recurrente.

Se define por la presencia de tos crónica y expectoración, por lo menos tres meses durante dos años consecutivos, en la ausencia de neumopatía crónica, bronquiectasis, tuberculosis pulmonar y otras enfermedades que expliquen la tos. (SAT, 1986).

Es una hipersecreción mucosa crónica o recurrente no atribuible a otras enfermedades pulmonares. Se considera hipersecreción a la presencia de cualquier esputo, expectorado o deglutido. (Fletcher y Pride 1984, citado por Pérez-Padilla, 1994).

Dentro de las manifestaciones clínicas encontramos frecuentemente que la tos e hipersecreción bronquial comienzan durante una infección respiratoria y persiste aun después de que la infección haya terminado.

Etimológicamente, el término bronquitis implica una inflamación bronquial que sin embargo frecuentemente está ausente, y en su lugar se encuentra hipertrofia de las glándulas bronquiales. Por esta razón quizá sea más apropiado el término de hipersecreción mucosa o el que usó Laehnec "catarro bronquial". (Fletcher y Pride 1984, citado por Pérez-Padilla, 1994).

Las complicaciones que ocurren frecuentemente en la bronquitis crónica son las infecciones, la obstrucción aérea y el enfisema pulmonar.

Muchos pacientes con enfisema pulmonar tienen historias de haber cursado por un largo tiempo con bronquitis crónica.

Evidencia tanto patológica como epidemiológica sugiere que la bronquitis crónica precede el desarrollo de enfisema. (SAT, 1962).

Enfisema Pulmonar

En el enfisema encontramos el predominio de disnea de evolución crónica.

El uso clínico del término debe ser restringido a los pacientes en los que coexiste la disnea, la obstrucción al flujo aéreo, la pobre difusión al monóxido de carbono y el aumento en la capacidad pulmonar total o hiperinflación ya sea determinada por medios funcionales o radiológicos. (Fletcher y Pride, 1984 citado por Pérez-Padilla, 1994).

Se caracteriza en términos de patología anatómica por la atrofia progresiva de las paredes de los alvéolos pulmonares. Genera obstrucción del pulmón y dificultad respiratoria en forma progresiva. (SAT, 1995).

El enfisema puede presentarse sin manifestaciones clínicas y las alteraciones clínicas y funcionales encontradas en pacientes sintomáticos no son únicas de esta enfermedad.

El enfisema ocurre usualmente en hombres mayores de 40 años, con una larga historia de bronquitis crónica y tabaquismo. (SAT, 1962).

Enfermedad de la Vía Aérea menor

Describe pacientes con obstrucción al flujo aéreo y cambios inflamatorios en la vía aérea menor, pero sin enfisema. El término ha sido criticado porque no indica su cronicidad, su efecto obstructivo o su patogenia. La localización anatómica tampoco es precisa.

El uso del término EPOC por otro lado, dificulta la separación de diferentes etiologías y patogenias para la bronquitis crónica y el enfisema. (Pérez-Padilla, 1994).

El diagnóstico diferencial del paciente con EPOC depende de la historia y del cuadro clínico. (Galindo y Sansores, 1997).

1.1. Factores de Riesgo

1.1.1. Tabaquismo

Podría aseverarse que la EPOC es prácticamente patrimonio de los fumadores, tanto en la forma de bronquitis crónica como en la de enfisema pulmonar. (Sanabria, 1998)

La historia de tabaquismo es la regla en los hombres, en las mujeres podría estar ausente, particularmente en las mujeres de campo. En ellas el antecedente de haber cocinado o usado humo de leña y o carbón, suele encontrarse.

Si estos dos antecedentes no estan presentes, el diagnóstico debe reconsiderarse. (Galindo y Sansores, 1997)

Las enfermedades del pulmón, al menos las más frecuentes, están muy directamente relacionadas con el hábito y el consumo del tabaco, en cualquiera de sus modalidades, en cigarrillo, puro, pipa, tabaco masticado o inhalado.

Es sin duda la causa principal de EPOC.

La predisposición es muy importante ya que de los fumadores crónicos solo menos del 15% desarrollarán obstrucción aérea de consecuencias clínicas. (Pérez-Padilla, 1994).

Fumar cigarrillo es la causa prevenible de muerte prematura más importante y un contribuyente mayor al desarrollo de numerosas enfermedades. Así lo han entendido en los países desarrollados donde el consumo ha disminuido progresivamente en los últimos años, es por eso que los fabricantes de cigarrillo han dirigido sus esfuerzos a los países en desarrollo. Esto ha producido un incremento constante en las tasas de consumo de cigarrillo en estas áreas. (Sanabria, 1998).

El hábito, que actualmente se maneja como adicción, se refleja en un incremento del número de personas que padecen EPOC, entre otras enfermedades respiratorias, propiciando más días de ausentismo laboral, y mayor utilización de servicios hospitalarios.

El impacto del tabaquismo sobre la salud se refleja necesariamente en la economía de los países en la atención a la salud, por ejemplo en Estados Unidos en 1988 los gastos por atención médica a pacientes con EPOC fue de 4 billones de dólares; en México, aunque no se cuenta con estadísticas nacionales, se puede tener una aproximación si se analiza lo que ocurre en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) donde el gasto generado por la atención de los pacientes con EPOC y cáncer de pulmón es el 22% del presupuesto para atención médica. (Sansores y Herrera Kiengelher, 1997).

Hay dos grupos de personas que pueden presentar problemas de salud como consecuencia de fumar.

- El *fumador activo*, quien voluntariamente se expone al humo, al fumar cigarrillo.
 - El *fumador pasivo*, quien de manera involuntaria se ve expuesto al humo del cigarrillo.
- (Sanabria, 1998).

Entre los fumadores se ha estimado entre un 80 y 90% de riesgo de desarrollar EPOC. (U.S. Surgeon General, 1984). En el gran fumador la posibilidad de desarrollar EPOC es 30 veces mayor que en el no fumador. (Sanabria, 1998).

Los fumadores tienen una tasa de muerte mayor cuando padecen bronquitis crónica y enfisema, además tienen una mayor prevalencia a padecer funciones pulmonares anormales, síntomas respiratorios y todas las formas de enfermedad obstructiva crónica de la vía aérea.

Entre un 80 y un 90% de las muertes por EPOC se presentan por causa de fumar. (Sanabria, 1998).

La mortalidad por EPOC que fue atribuible al tabaquismo durante los años 80s fue de 0.850 para los hombres y 0.694 para mujeres. (Davis y Novotny, 1989).

Adicionalmente, el fumar acelera el deterioro de la función de los pulmones, con aumento en la frecuencia de síntomas como tos, expectoración, dificultad respiratoria y sibilancias. (Sanabria, 1998).

La disminución del volumen espiratorio de los 25 a los 65 años es de un 25% (promedio poblacional) y de un 75-80% en los fumadores crónicos. (Castañeda, 1994). Es por eso que actualmente se ha puesto especial interés en que las personas dejen de fumar. En las personas sanas que fuman, el dejar de fumar trae consigo grandes beneficios.

Dejar de fumar produce una disminución significativa en la posibilidad de enfermar o morir por causa de esta adicción. Esto se cumple, en mayor o menor proporción, para todas las enfermedades relacionadas con el cigarrillo.

Los beneficios de dejar de fumar son pues, inmediatos, substanciales, y además, se acompañan de una serie de cambios psicológicos y comportamientos favorables, los exfumadores tienden a tener un estilo de vida más sano, a consumir menos alcohol, a llevar una dieta mas saludable y a aumentar su actividad física. (Sanabria, 1998).

1.1.1 a) Riesgos para el fumador pasivo

Los fumadores pasivos o como se les conoce también, los fumadores involuntarios, son los no fumadores que se ven expuestos de forma "involuntaria" al humo del cigarrillo.

Los hijos de padres fumadores tienen con mayor frecuencia síntomas y enfermedades respiratorios, tales como bronquitis y asma. (Sanabria, 1998).

Se ha visto también que estos niños cuando se les realizan pruebas de funcionamiento respiratorio, tienden a ser un poco más deficientes en comparación con hijos de no fumadores. (SAT, 1995).

Estas deficiencias nos pueden predecir hiperreactividad bronquial de la vía aérea y una disminución en la capacidad total del funcionamiento del pulmón en su vida adulta. (Buist, 1994).

El contacto crónico con el humo del cigarro disminuye en forma importante la función de las vías aéreas respiratorias pequeñas. (Sanabria, 1998) pero no ha sido confirmado que esto tenga relación con el futuro desarrollo de EPOC.

En personas alérgicas o con enfermedades respiratorias la exposición al humo de cigarrillo desencadena o empeora los síntomas de la enfermedad.

Es un hecho que en personas susceptibles, la inhalación del humo del cigarrillo aún de forma no directa causa enfermedades en el sistema respiratorio.

1.1.2. Exposición al humo de leña y otros materiales biológicos

Existen pruebas que evidencian que la inhalación del humo de diferentes combustibles también puede causar EPOC.

Tanto, en nuestro país como en otros en vías de desarrollo son muchos los hogares que utilizan madera y otros materiales para cocinar.

En las poblaciones rurales de México la mayoría de las personas usan leña para cocinar. (Pérez-Padilla, 1994).

Investigaciones han mostrado similitudes entre el humo de biomateriales y el del tabaco, otros han encontrado la relación que existe entre la exposición al humo y las enfermedades pulmonares; como en Nueva Guinea donde se ha observado un número alto de mujeres con bronquitis crónica y enfisema pulmonar sin que existiera el antecedente de tabaquismo y encontraron frecuentemente la exposición al humo de leña como único factor de riesgo (Pérez-Padilla, 1997).

En el INER se ha encontrado principalmente en mujeres no fumadoras que la exposición de éstas al humo de leña y otros materiales como hojas, matorrales, etc., es un factor importante para el desarrollo de EPOC. Habitualmente se expusieron al humo de leña desde la infancia y las manifestaciones clínicas de las pacientes no son diferentes de las descritas por las

fumadoras, presentando tos, expectoración y disnea, (bronquitis crónica). (Pérez-Padilla, 1997).

Otras pruebas indican el daño producido por la exposición e inhalación de humo. Pruebas post-mortem han revelado que en pacientes con EPOC con historia de tabaquismo y sin esta y con exposición al humo de leña las alteraciones en ambos grupos son iguales. (Pérez-Padilla, 1997).

1.1.3. Contaminación ambiental

Los altos niveles de contaminación ambiental han demostrado ser dañinos en personas con enfermedades del corazón o de las vías respiratorias.

El papel de la contaminación ambiental en la etiología de las EPOC no ha sido comprobado. (SAT, 1995).

1.1.4. Hiperreactividad Bronquial

En 1960 Orle y sus colegas proponían que una constitución asmática reforzaba el desarrollo de obstrucción crónica de la vía aérea y sugerían que el fumar era tan solo un factor externo superpuesto a esta constitución susceptible, que podría permitir la obstrucción crónica de la vía aérea. (Orle, Sluiter, De Vries, Tammeling y Witkop, 1961).

Se ha sugerido que la hiperreactividad de las vías aéreas es un factor de riesgo independiente en el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Lozewcz, Assou, Hawkins, Newman, 1987 citado por Martínez y Rubio, 1994).

A este concepto se le ha denominado la hipótesis danesa, que ha demostrado claramente mayor incidencia de hiperreactividad bronquial en enfermos con EPOC, y además, una estrecha relación entre la velocidad del deterioro funcional con el grado de hiperreactividad bronquial. (Martínez y Rubio, 1994).

Muchos estudios se han enfocado en la hipótesis holandesa que postula que los fumadores presentan hiperreactividad bronquial, que puede ser determinante de la EPOC y sugiere que su presencia es causa de una disminución más acelerada del volumen expiratorio forzado en el primer segundo (VEF₁). (Mendoza y Fernandez, 1997).

La hiperreactividad bronquial es la respuesta exagerada de la mucosa bronquial a una gran variedad de estímulos.

La presencia de hiperreactividad bronquial tanto en fumadores como en no fumadores como un factor que predisponga la aparición de EPOC no es muy clara.

Pero podemos inferir por resultados en investigaciones anteriores que quien cursa con hiperreactividad y es fumador tiene un riesgo mayor de padecer EPOC en el futuro.

La hiperreactividad bronquial es un patrón común entre los pacientes con EPOC, se presenta en un mayor porcentaje en las mujeres.

En un estudio conocido como el “Estudio de Salud Pulmonar” se encontró que la hiperreactividad bronquial se presenta de forma significativamente mayor en las mujeres, que en los hombres, un 85.1% para las mujeres y un 58.9% para los hombres, se encontró también que en ambos sexos el grado de obstrucción aérea se correlaciona con la severidad de la obstrucción pero no con la edad. (Tashkin et al., 1992).

1.1.5. Exposición a contaminantes en el sitio de trabajo

Se producen enfermedades broncopulmonares de trabajo, porque existen fuentes, en el sitio o en la proximidad de la labor, que emiten contaminantes nocivos, en el medio o ambiente del mismo, y el trabajador se expone a la inhalación continuada de ellos, durante semanas, meses o años (Maldonado, Mendez y Gonzáles, 1990).

Las partículas inhaladas pueden ser irritantes para la mucosa bronquial y producir bronquitis como enfermedad.

A la enfermedad de las vías aéreas por contaminantes en el sitio de trabajo se le ha denominado de diferentes maneras: bronquitis industrial (Dubois A. B., Morgan, Lowe) ocupacional (Gilson) profesional (Paun, Popesco). (citado en Maldonado et al., 1990).

Es una enfermedad de las vías respiratorias resultante de exposición continuada a sustancias irritantes en el aire respirado, y que afecta en forma adversa la anatomía o la función del árbol traqueobronquial. (Dubois, 1962 citado por Maldonado et al., 1990).

Para el desarrollo completo de la bronquitis crónica se aducen todas las condiciones que se piensa intervienen, de la labor (contaminantes, trabajo arduo), susceptibilidad del huésped (reactividad bronquial aumentada) de la comunidad (industrialización, contaminación, urbanización), enfermedades respiratorias de la niñez, factores socioeconómicos (educación, medio ambiente, cuidado médico, nutrición, habitación, estrés psicológico) y factores de comportamiento (tabaquismo, alcoholismo). (Abrahams, 1984).

1.1.6. Deficiencia de Alfa₁-antitripsina. (AAT)

La deficiencia de alfa₁antitripsina es la única anomalía genética que se sabe es causante del desarrollo de EPOC.

La alfa₁antitripsina conocida como inhibidor alfa₁proteasa es una proteína sérica producida por el hígado y se encuentra normalmente en los pulmones. (Travis, 1989 citado por la SAT, 1995).

La deficiencia de AAT es un desorden hereditario en el cual existen bajos niveles de AAT en el pulmón y produce un alto riesgo de desarrollar enfisema panacinar de la 3ª a la 5ª década de la vida. (Larson, 1978; Eriksson, 1989; Hutchison, 1998 citado por la SAT, 1989).

En los pacientes con deficiencia de alfa₁antitripsina la síntesis parece ser normal, pero hay un defecto en la secreción de la enzima que se acumula en el hígado y llega a causarle daño. (Pérez-Padilla, 1994).

La deficiencia severa de AAT permite la aparición prematura de enfisema, generalmente con bronquitis crónica. (Snider, 1989).

Los no fumadores con esta deficiencia presentan una disminución del VEF₁ que se aproxima a la disminución en sujetos fumadores con EPOC y sin la deficiencia.

En los fumadores con esta deficiencia la caída del VEF₁ es mucho mayor y llegan al enfisema con un tabaquismo reducido (15 paquetes/año). (Pérez-Padilla, 1994).

La deficiencia congénita de alfa₁-antitripsina es rara en México.

1.1.7. La enzima Macrófago elasta

Un grupo de científicos estadounidenses de la Universidad Washington de San Luis logró identificar una sustancia que provoca el enfisema pulmonar.

Los investigadores aseguran que una enzima llamada “macrófago elasta” podría provocar la aparición de la enfermedad.

El enfisema pulmonar puede tener también, además de la deficiencia de alfa₁-antitripsina otro origen genético que se produce cuando una proteína encargada de proteger al órgano de la actividad dañina de otras enzimas tiene defectos que la hacen incapaz de cumplir su misión.

Los expertos de la Universidad Washington descubrieron que los pulmones de los enfermos de enfisema están repletos de macrófagos, células del sistema inmunológico que eliminan a los agentes invasores. Aparentemente, dichos macrófagos producen la enzima macrófago elasta.

Steven Shapiro uno de los investigadores y sus colegas sustentan su teoría con estudios de laboratorio. (Health I. G, 1997).

1.1.8. Otros factores

Existe una mayor frecuencia de síntomas respiratorios en los hombres. (Sherrill, Lebowitz y Burrows, 1990).

El bajo nivel socioeconómico se encuentra muy relacionado con la aparición de EPOC. (Sansores, 1997).

Los factores climáticos, la predisposición familiar al EPOC, también se ha encontrado mayor riesgo para los sujetos del grupo sanguíneo A y para los de peso bajo para la talla. (Pérez-Padilla, 1994).

1.2. Epidemiología

Se estima que aproximadamente 14 millones de personas padecen EPOC en los Estados Unidos, 12.5 millones con bronquitis crónica y 1.65 con enfisema. Se ha incrementado un 41.5% desde 1982. (Higgins y Thom, 1990).

En 1991 se registraron 85.544 muertes asociadas a EPOC. Un promedio de 18.6 x 100,000 personas, lo que correspondía a la cuarta causa de muerte. (Feinlieb et al., 1989).

En México en el año de 1992, la bronquitis crónica, el enfisema y el asma ocuparon el décimo cuarto sitio de mortalidad, 8,297 para una tasa de 9.6 x 100,000 y en mayores de 65 años ocupó el séptimo sitio y una tasa de 176 x 100,000.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en el año de 1994 se registraron 3361 egresos hospitalarios y 44 defunciones por EPOC. (Pérez-Padilla, 1997).

En nuestro país la mortalidad y morbilidad de las enfermedades de vías respiratorias ocupan un lugar importante, lo que se transforma en un problema de salud.

Tomando en cuenta que la densidad de población ha aumentado durante los últimos años, las defunciones han disminuido gracias al avance que han tenido los descubrimientos médicos.

De las décadas de 1940 a 1990 observamos una transición epidemiológica, en la década de los 40 aparecen la neumonía e influenza, la bronquitis y la tuberculosis en segundo, sexto y noveno lugar de mortalidad respectivamente y para 1990 la neumonía y la influenza ocuparon el sexto lugar como única entidad respiratoria dentro de las diez primeras causas de muerte. (Rico-Méndez, 1997).

La edad es determinante en la presencia de padecimientos crónico-degenerativos en personas de 65 y más años, en el año de 1987 la bronquitis crónica, el enfisema y el asma ocuparon el

6º lugar dentro de las diez principales causas de mortalidad para esta población. (Rico-Méndez, 1997)

1.3. La patología en EPOC

El daño se observa en los bronquios, bronquiolos y parénquima pulmonar en los pacientes fumadores.

En un suplemento de la revista del INER, (1995) se indica que el daño ocurre a través de la disminución anatómica de la luz bronquial y bronquiolar o de la destrucción del parénquima pulmonar. La disminución de la luz condiciona mayor resistencia al flujo del aire inspiratorio como espiratorio. En cambio, la destrucción del parénquima con la consecuente pérdida del tejido elástico condiciona una limitación del flujo espiratorio mediante el colapso de las paredes bronquiales, con una resistencia normal a la inspiración.

Las lesiones patológicas que se hallan en pacientes con EPOC son variadas y se combinan de diferentes maneras.

La bronquitis crónica simple es una enfermedad de las vías aéreas grandes y la alteración morfológica es el crecimiento de las glándulas mucosas. (Pérez-Padilla, 1994).

El aumento de estas glándulas, no es específico de la bronquitis crónica pues cambios similares ocurren en otras enfermedades. (Thurlbeck, 1990).

El enfisema asociado al EPOC se da de tres formas: el enfisema centriacinar (centrilobular, es la forma de enfisema centriacinar asociado al tabaquismo), y el focal. Un segundo tipo es el panacinar, este es el que se observa en pacientes con deficiencia de AAT. Y el tercer tipo es el paraseptal. (Thurlbeck, 1983).

Es posible encontrar enfermos con enfisema desde el punto de vista patológico, asintomáticos y sin obstrucción aérea, también se han descrito pacientes con EPOC sin enfisema. (Pérez-Padilla, 1994).

La obstrucción de las vías aéreas en EPOC es irreversible y es causada por enfermedad de las vías aéreas pequeñas, la cual es debido en parte por los efectos de inflamación en esas vías y en parte por los daños y cambios destructivos del enfisema. (SAT, 1995).

1.4. Diagnóstico

1.4.1. Pruebas de funcionamiento respiratorio

La necesidad de conocer cómo y cuanto afectan las enfermedades broncopulmonares a la función respiratoria es tan antigua como las enfermedades mismas.

Las pruebas funcionales pulmonares, son una serie de estudios destinados al conocimiento de las funciones broncopulmonares que participan en el proceso respiratorio. (González, Méndez y Maldonado, 1991).

Fuera de tal concepto quedan otras actividades pulmonares, como los procesos metabólicos y los mecanismos de defensa que se desarrollan a este nivel.

González et al. (1991) describen que entre las utilidades de las pruebas de función pulmonar se encuentran, detectar la enfermedad de las vías aéreas de pequeño calibre en sujetos asintomáticos, y elaborar el diagnóstico inequívoco de insuficiencia respiratoria.

Las mediciones son necesarias para el diagnóstico, contribuyen para reconocer la severidad de la enfermedad y ayudan a conocer el progreso de la misma. (Bates, 1989 citado por la SAT, 1995).

Existen varios parámetros que pueden obtenerse con estas curvas, entre estos están el VEF_1 (volumen espiratorio forzado del 1er segundo) y el CVF (capacidad vital forzada).

El VEF_1 es fácil de medir, y tiene menor variabilidad que otras medidas. El mejor indicador del grado de obstrucción es el VEF_1 y su relación con la CVF (Galindo y Sansores, 1997).

Desde el punto de vista funcional la disminución del VEF_1 nos indica que un paciente ha desarrollado la enfermedad obstructiva.

Además, se ha observado que el valor del VEF_1 es útil para evaluar el pronóstico de los pacientes con EPOC. (Revista del INER, 1995).

Hablar con el enfermo, la historia clínica y su exploración clínica son los primeros pasos para establecer el diagnóstico.

La historia explora si el paciente ha fumado, y si lo ha hecho por cuanto tiempo y cuantos cigarrillos al día fuma o si fumó hace cuanto dejó de fumar, la historia de tabaquismo es la regla en los hombres, en las mujeres, particularmente en las mujeres de campo el antecedente de haber cocinado o usado leña y/o carbón, suele encontrarse (Galindo y Sansores, 1997) además de factores de riesgo, cualquiera, enfermedades de tórax anteriores y la presencia de disnea.

Después del examen médico, en busca de los datos clínicos, son indispensables los estudios de laboratorio, se realizan una radiografía de tórax, una espirometría, gasometría y electrocardiograma como mínimo.

1.4.1 a) La radiografía

Es la exploración clásica primera y fundamental, muestra datos que sugieren bronquitis crónica o enfisema y es esencial para excluir otras enfermedades pulmonares.

1.4.1 b) La espirometría

Es un estudio muy antiguo, en el cual se utiliza un aparato llamado espirómetro, el cual permite medir la capacidad funcional respiratoria de los pulmones.

Los datos más significativos que proporciona un espirómetro son: el registro de dos curvas, la curva volumen/tiempo y la curva flujo/volumen.

La curva volumen/tiempo.

Esta curva se obtiene inscribiendo el volumen en el eje de las ordenadas (y), y el tiempo en el de las abscisas (x); solicitando al paciente que realice una inspiración máxima, seguida de una espiración máxima y prolongada para obtener la capacidad vital forzada (CVF) y la no forzada

(CV), de esta curva se pueden obtener diversos parámetros como el volumen espiratorio forzado en el primer segundo, en dos o tres segundos y otros como la relación $VEF_1/CV\%$, etc. Curva flujo/volumen.

Los movimientos respiratorios solicitados en el paciente son los mismos, se diferencia de la curva anterior en la inscripción de los parámetros; la velocidad del flujo se registra en el eje de las ordenadas (y) y la CVF en el de las abscisas (x), los parámetros obtenidos de ésta curva son durante la fase espiratoria, la CVF, la velocidad máxima del flujo al 50%, al 75%, durante la inspiración se obtiene la capacidad inspiratoria máxima forzada y no forzada, la velocidad de inspiración. (González et al., 1991).

1.4.1 c) Gasometría arterial.

La evaluación de intercambio gaseoso sirve para determinar si el paciente requiere el uso de oxígeno suplementario. (Revista del INER, 1995).

1.4.1. d) Pruebas de caminata

Esta prueba no es indispensable como procedimiento diagnóstico, nos indica que tan bien o mal esta un sujeto enfermo al realizar actividades como caminar. Se utilizan las pruebas de caminata de 6 y 12 minutos con la evaluación de disnea, que permite observar de manera sencilla y sin molestias para el paciente, que distancia puede recorrer en un tiempo determinado, grado de saturación, el esfuerzo al realizar la actividad, en si permite saber la capacidad funcional de un paciente. (Mejía y Domínguez, 1997).

1.4.1 e) Electrocardiograma

Ayuda a precisar si existe afección cardiovascular.

1.5. Pronóstico

Los factores más importantes para predecir mortalidad en los pacientes con EPOC son la edad y el grado de obstrucción aérea, medido por el nivel del VEF₁. (Burrows, 1990 citado por la SAT, 1995).

Estudios longitudinales han mostrado que algunos pacientes con obstrucción aérea severa pueden sobrevivir por varios años mas allá del promedio, algunos por mas de 15 años. (Hodgkin, 1990 citado por la SAT, 1995).

Existe una gran variabilidad en la mortalidad de los pacientes con EPOC, aún con los factores pronósticos por lo que hay que ser muy cautelosos al hablar de la longevidad de los pacientes.

1.6. Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico el paciente debe ser educado acerca de su enfermedad y debe ser alentado a participar activamente en su terapia, y especialmente en cuidados preventivos que desde ese momento practicará así como a mantener un estilo de vida activo. (SAT, 1995).

El tratamiento pretenderá rehabilitar al paciente, entendiendo como rehabilitar, la restauración del máximo potencial médico, mental, emocional, social y laboral. (Pérez-Padilla, 1994).

Las medidas son la suspensión del tabaquismo, el control de la hipoxemia, la farmacoterapia adecuada y la educación y psicoterapia apropiada.

Existen medidas que cambian la historia natural de la enfermedad si se evitan, como la exposición a humos o contaminantes atmosféricos, el tabaquismo, o que mejoran la sobrevida como el uso de oxígeno domiciliario.

Tomando las recomendaciones para el tratamiento de la EPOC, publicadas en el suplemento de la revista del INER (1995), los pasos en orden de importancia son:

Paso 1. Recomendables en todos los pacientes:

1a. Dejar de fumar.

Suspender el tabaquismo es esencial. Si un paciente con EPOC deja de fumar tiene un deterioro funcional similar al no fumador que depende del envejecimiento (Pérez-Padilla, 1994).

Debido a esto y a que el impacto del tabaquismo sobre la salud se refleja en la economía de los países en la atención a la salud, se han desarrollado estrategias para dejar de fumar.

Existen en términos generales tres tipos de estrategias para dejar de fumar. La primera tiene que ver con todos los métodos con que los individuos en forma independiente o apoyándose en guías o manuales intenta dejar de fumar. La segunda implica la asistencia a grupos o clínicas en las que a través de diferentes técnicas de dinámica grupal estimulan a los fumadores a abandonar el cigarrillo. El tercer tipo de estrategia tiene que ver con el uso de medicamentos. Una combinación de las tres estrategias también suele utilizarse. (Sansores y Herrera-Kiengelher, 1997).

Así como se recomienda dejar de fumar se recomienda evitar la exposición al humo de leña o a contaminantes laborales.

1b. Oxígeno suplementario, el uso de O₂ como técnica terapéutica.

El uso de O₂ es una técnica terapéutica indicada en todos los pacientes con EPOC que tienen hipoxemia, esta intervención médica modifica la historia de la enfermedad y es la única que ha demostrado disminuir la mortalidad.

Dos situaciones empeoran la hipoxemia, el sueño y el ejercicio. La prescripción del oxígeno, se indica en reposo, al realizar ejercicios leves y/o durante la noche.

Para que el oxígeno tenga un efecto sobre la mejora en la calidad de vida del paciente, deberá utilizarlo durante la mayor parte de las horas del día y con un mínimo de toda noche. (Pérez-Padilla, 1994).

Paso 2.

2a. Terapia farmacológica.

Los medicamentos que son útiles y que mejoran a los enfermos son los broncodilatadores y los antibióticos. (Petty, 1990).

2b. Vacunas, contra el virus de la influenza y el neumococo.

Los pacientes con EPOC son más susceptibles a la influenza y además vulnerables a los efectos dañinos a los conductos aéreos, se puede utilizar la vacuna anualmente o medicamentos antivirales. (Petty, 1990).

La vacuna contra el neumococo es también útil, se recomienda que se administre cada seis años para pacientes con EPOC. (Mendoza, 1997).

Aunque las vacunas contra el virus de la influenza y el neumococo no son totalmente efectivas, existe evidencia de que los pacientes con EPOC se pueden beneficiar con su uso.

2c. Apoyo nutricional.

El paciente con EPOC está predispuesto a desarrollar insuficiencia respiratoria y la desnutrición proteínico calórica es una complicación frecuente que empeora el pronóstico de estos sujetos, aumentando la incidencia de infecciones, hospitalizaciones y mortalidad.

Cuando la ingestión dietaria es insuficiente los suplementos alimenticios orales son una opción en la terapia nutricia. (Méndez, 1997).

2d. Práctica de ejercicio físico.

Existe evidencia considerable que documenta respuestas favorables hacia el entrenamiento en ejercicios aeróbicos en pacientes con EPOC. Los beneficios son tanto psicológicos como fisiológicos. (Casaburi, 1993 citado por la SAT, 1995).

La práctica de ejercicio físico, a nivel respiratorio, mejora el funcionamiento de los músculos respiratorios y la eficiencia en la captación de oxígeno por los pulmones mejorando la oxigenación de los tejidos (Quintero y Sanchez, 1998), de esta manera el ejercicio beneficia a los pacientes con EPOC.

2e. Rehabilitación pulmonar.

Muchos pacientes son incapaces de disfrutar su vida al máximo, debido a las limitaciones físicas y la inactividad provocada por los síntomas.

La rehabilitación pulmonar comprende una constelación de modalidades terapéuticas hacia un continuo multidisciplinario de servicios designados a promover un sistema para mejorar la calidad de vida. (SAT, 1981).

Los elementos del programa incluyen:

- Educación al paciente y a su familia acerca de la naturaleza de la enfermedad y los objetivos de la terapia.
- Ejercicios respiratorios, el objetivo es ayudar al paciente a mitigar y controlar la falta de aire y a contrarrestar las anomalías fisiológicas y la hiperinflación relacionadas a la obstrucción crónica. La técnica de estos ejercicios también es utilizada en relajación, así los beneficios son al mismo tiempo mejorar la capacidad ventilatoria del paciente y reducir estados ansiosos. (Willeput et al., 1983).
- Apoyo Psicosocial, que permita al paciente enfrentarse a su enfermedad, lo cual repercutirá en su mejoría física.

Paso 3. Recomendable en algunos pacientes.

3a. Esteroides inhalados, cuando el uso de los broncodilatadores no ha surtido el efecto deseado.

3b. Esteroides orales. (Ferguson y Cherniack, 1993).

Paso 4. Pacientes en fase terminal, procedimientos quirúrgicos.

4a. Transplante pulmonar.

Se ha utilizado en algunos pacientes con éxito, su costo es muy alto. Es necesario que las condiciones del paciente sean buenas en general, y que sean jóvenes lo cual elimina a los pacientes con EPOC ya que estos son de avanzada edad en su mayoría. (Pérez-Padilla, 1994).

4b. Reducción de volumen pulmonar.

Esta cirugía puede aportar una mejoría espectacular en pacientes con enfisema, este método permite que el pulmón funcione mejor, permitiendo a los pacientes hacer una vida más normal. (Martínez, 1998).

Paso 5. Para algunos pacientes.

5a. Otros medicamentos

Que pueden utilizarse, pero que su utilidad es todavía cuestionable, son los sedantes. Estos pueden prescribirse bajo vigilancia para pacientes con disnea y los que están altamente ansiosos, los mucolíticos los cuales son útiles por las alteraciones del moco, digitálicos cuando hay arritmias e insuficiencia cardíaca, vasodilatadores pueden reducir la presión pulmonar, diuréticos útiles ante la formación de un edema y las flebotomías. (Pérez-Padilla, 1994; 1997; Petty, 1990).

1.6.1. Rehabilitación Pulmonar y Programas Educativos para pacientes con EPOC

La *rehabilitación pulmonar* es parte importante del tratamiento del paciente con EPOC, se ha visto que permite mejorar su calidad de vida, bienestar y estado de salud, reduciendo los síntomas respiratorios, incrementando la tolerancia ante el ejercicio, en actividades como caminar, incrementa la independencia, mejora funciones psicológicas disminuyendo la ansiedad y depresión e incrementa sentimientos de esperanza, control y autoestima. (Gayatt, Townsend, Berman, Pugsely, 1987; Atkins, Kaplan, Timms, Reinsch, Lofback, 1984; Make, Glenn, Ikle, Bucher, Tuteur, Mason, 1992).

Esta puede además resultar en un substancial ahorro en costos por cuidados a la salud, disminuyendo el promedio de ingresos hospitalarios de pacientes con EPOC.

La SAT recomienda que para ingresar a un paciente a un programa de rehabilitación pulmonar debe estar estable, es decir, que su enfermedad este controlada y que experimente alguna limitación en el desempeño de sus actividades cotidianas. (Ries, 1990 citado por la SAT, 1995).

Algunos estudios han analizado lo que pasa con los pacientes con EPOC, antes y después de la rehabilitación.

Jensen (1983) encontró que la rehabilitación pulmonar produjo significativamente menos hospitalizaciones en pacientes con EPOC con 6 meses mínimo de haber sido dados de alta, los cuales tenían indicios de alto riesgo a tener problemas psicosociales.

Casi todos los pacientes que ingresan a este programa adquieren una mejor calidad de vida, estudios psicológicos han revelado que se reduce la depresión, la ansiedad y preocupaciones somáticas.

La sobrevida en pacientes con EPOC después de participar en un programa de rehabilitación pulmonar muestra resultados variables.

Estudios demuestran que los programas educativos incrementan en el paciente con EPOC, la comprensión de su problema. (Ashikaga, Vacek y Lewis, 1980 citado por Howland et al., 1986).

Los programas de educación y rehabilitación comparten dos elementos fundamentales:

- 1) Educación acerca del sistema respiratorio, automanejo, dieta e hidratación, medicación y atención psicológica (para pacientes y familiares); y
- 2) Terapia física.

Este segundo elemento permite incrementar la tolerancia al ejercicio y es este el elemento cardinal que diferencia los programas de rehabilitación de los programas educativos enfocados a impartir información sin ejercitar a los pacientes.

Los programas que incluyen reacondicionamiento físico tienen efectos benéficos en el estado de salud.

Los programas educativos pueden cambiar el conocimiento y las actitudes del paciente con EPOC e incrementar la sensación de que puede tener control sobre su enfermedad.

Los programas educativos para EPOC no pueden mejorar el estado de salud de los pacientes a menos que formen parte de un programa médico que incluya acondicionamiento físico.

No existe evidencia de que los programas educativos para EPOC sin rehabilitación física mejoren el estado de la enfermedad, la salud mental y la calidad de vida de los pacientes. (Howland et al., 1986).

La rehabilitación debe ser dada por profesionales con conocimientos de la enfermedad y de las consecuencias de ésta sobre los diferentes aspectos de la vida del enfermo, dentro de los miembros de este equipo multidisciplinario el psicólogo puede actuar apoyando al paciente preparándolo para afrontar la ansiedad, depresión, estrés o cualquier otro estado emocional negativo por el cual atraviese el paciente durante su enfermedad.

2. Aspectos Psicológicos y Neurocognitivos de los pacientes con EPOC

Una vez conociendo como afecta fisiológicamente esta enfermedad a las personas que la padecen es indispensable igualmente conocer como las afecta psicológicamente y cognitivamente. Algo que debe tomarse en cuenta es que para las personas con esta enfermedad las restricciones de la vida son mayores que para las demás personas, por lo cual es de esperar que podamos encontrar en ellas en forma proporcional mayores conflictos emocionales.

Las restricciones en la vida diaria incrementan el estrés psicosocial, para los pacientes con EPOC, la modificación de la más básica de las funciones, la respiración, es la restricción más significativa por la que experimentan estrés.

La intervención médica reduce la falta de aire, la congestión, y las exacerbaciones lo cual alivia temporalmente al paciente sin embargo éste se ajusta a un mundo de tratamientos y altera su calidad de vida. (Dealy, 1996).

Desafortunadamente, una contribución precisa de los efectos del EPOC en el funcionamiento emocional, adaptación social y aspectos relacionados con la calidad de vida no existe todavía.

Se sabe que los pacientes experimentan desórdenes emocionales y reducen su calidad de vida.

Está claro que los cambios socioemocionales pueden ser el resultado secundario de restricciones impuestas en el estilo de vida de los pacientes, debido a su enfermedad.

Los pacientes deben recortar sus actividades y modificar el modo usual como se divierten y trabajan, decrecienta su nivel mental dando lugar a que aparezca frustración, depresión e irritabilidad. (McSweeney, Heaton, Grant, Solliday y Timms, 1980).

La familia y la sociedad juegan un papel muy importante en la dinámica que se desarrollará a partir de que aparezcan los primeros síntomas de la enfermedad. A la larga, el paciente puede sufrir cambios en el rol que tiene en su familia, así como en la sociedad,

debido a que hay una relación entre las respuestas psicológicas hacia la enfermedad y la intervención médica. (Dealy, 1996)

Se han podido encontrar en diferentes estudios utilizando pruebas psicológicas, cómo es que la enfermedad afecta la vida del paciente.

Los resultados del SIP (Sickness Impact Profile), el cual mide 12 categorías de actividades físicas y psicosociales, de un estudio realizado por McSweeney et al. (1980) indicaron un impacto significativo en pacientes con EPOC sobre áreas como el sueño, actividades en el hogar, trabajo y las actividades recreativas; siendo éstas particularmente afectadas.

El estado emocional de los pacientes se ve afectado igualmente por la enfermedad, tan solo en los Estados Unidos aproximadamente 8 millones de pacientes con EPOC padecen depresión (Mckinney, 1994 citado por Dealy, 1996), muchos de éstos ansiedad, ataques de pánico, y sentimientos de enajenación.

Los pacientes pueden encontrarse en un estado emocional, el cual puede resultar en ansiedad crónica, irritabilidad, y pseudodemencia. (Hodson, Maddem y Steven, 1991 citado por Deadly, 1996).

Psicológicamente, el paciente es vulnerable a lo que Seligman y Maer han llamado "desesperanza aprendida".

Primeramente, las intervenciones médicas ayudan a los pacientes a escapar de las consecuencias de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Sin embargo, la inevitable caída de la salud permite una existencia dolorosa de la cual escapar es difícil, y resignarse parece ser el resultado.

Además de lo mencionado los pacientes tienden a experimentar alteraciones del sueño, reducción del apetito, falta de energía, disfunciones sexuales, desesperanza, baja autoestima, así como sentimientos de culpa y ambivalencia, entre otros.

El impacto de una enfermedad crónica, gradualmente se convierte en algo altamente

intrusivo para el funcionamiento social del paciente, modificando los roles sociales en los ambientes de trabajo, amistades y familia.

Las tensiones familiares pueden acentuar los prevalecientes sentimientos de sobredependencia, resentimiento y ambivalencia.

Los miembros de la familia pueden proyectar su propia frustración y enojo en el paciente, describiéndolo como una persona que se opone a ayudar en los esfuerzos realizados para él, como si éste estuviera en contra de apoyarlos, en donde de hecho ellos mismos sienten el resentimiento. (Dealy, 1996).

Es por eso necesario que las personas que conviven con el enfermo busquen ayuda profesional para poder entender al paciente y mejorar así sus relaciones.

Si el ambiente familiar es agradable el tratamiento del paciente se verá favorecido ya que éste se sentirá con deseos de mejorar, y la predisposición que el paciente tenga hacia como evolucionará su enfermedad repercutirá sobre su salud.

McSweeny y cols. han reportado que los programas de apoyo en los centros de salud para la comunidad, son ahora más viables para las familias. (McSweeny, Czakjowski y Labuhn, en Dealy, 1996).

Sin el auxilio terapéutico, la familia se puede polarizar entre los miembros sanos y la persona identificada como enferma, restringiendo el rol del paciente e impidiendo la obtención de los objetivos del tratamiento. (Dealy, 1996).

El estado emocional del paciente influye de manera importante en todas sus actividades.

El ánimo y la autoestima están relacionados con el estado funcional y la habilidad de ejecutar actividades de la vida diaria. (Weaver y Narsavage, 1992).

El medio ambiente sociofamiliar del paciente es propenso a desarrollar el mismo patrón de cambios emocionales y disfunción que el paciente padece. (Kaye, 1992 citado por Dealy, 1996).

Se ha visto que la vida íntima de los pacientes, es modificada por los efectos de la enfermedad. (Dealy, 1996).

Muchos pacientes experimentan disfunciones sexuales, viéndose afectados de forma más importante los hombres que las mujeres.

Existen varias explicaciones de por qué se afecta la actividad sexual de estos pacientes, una de ellas es la existencia de disnea y broncoespasmos, otra es que la hipoxemia afecta los niveles hormonales, y por otro lado la presencia de depresión, ansiedad y otros factores psicológicos que afectan negativamente.

Por las características de la enfermedad, la EPOC frecuentemente se ha asociado con ansiedad, dependencia, y pérdida de la autoestima.

Existen cualidades o condiciones psicosociales como: un vital interés en la vida, apoyo social, ser amado, sentirse estimado, la habilidad de adaptarse a factores reales en el ambiente que no pueden ser cambiados fácilmente, etc.

La interacción entre estos aspectos psicosociales y la patofisiología de la EPOC es complicada, es aparente que los pacientes con estas ventajas, se enfrentan de manera más efectiva al proceso de la enfermedad. (Dudley, Glaser, Jorgenson y Logan, 1980).

Se ha intentado hacer una descripción generalizada del paciente con EPOC, la literatura nos habla de este enfermo como deprimido, ansioso, sin expectativas.

Lustig describió a los pacientes como: "Altamente ansiosos, aislados socialmente, solitarios y temerosos a comprometerse en actividades profesionales" (Lustig, Haas y Castillo, 1972 citado por Dudley et al., 1980).

Lester (1973) encontró que los pacientes con EPOC, optan por estrechar "el espacio en donde viven", lo cual puede concebirse, en términos del espacio o interpersonales, recogiendo en el hogar, y evitando la interacción social con otras personas.

2.1. Estados Emocionales y Psicofisiología asociada con EPOC

Los estados psicológicos tienen repercusiones en el organismo, y es importante conocer cómo se manifiestan éstos estados y cuáles pueden tener mayor significado en el paciente con EPOC.

Estados psicológicos en actividad, tales como grados significativos de ansiedad, enojo y euforia, están asociados con el incremento de energía, ventilación elevada, alto consumo de oxígeno y tensión en los músculos esqueléticos, mientras estados psicológicos cuando no hay actividad, tales como apatía, depresión, relajación, están asociados con la reducción del gasto de energía, decremento de ventilación, bajo consumo de oxígeno y relajación de los músculos esqueléticos. (Dudley, Holmes y Martin, 1964; Dudley, Martin y Masuda, 1969 citado por Dudley et al., 1980).

Cualquiera de estos estados extremos puede incrementar los síntomas de los pacientes con EPOC. (Dudley et al., 1980).

La disnea producida por estados extremos de actividad o no actividad tiende a incrementar las reacciones psicológicas de los pacientes, las cuales, en turno producen más cambios fisiológicos.

2.2. Aspectos Neuropsicológicos

Los resultados de varias pruebas indican que conforme la hipoxemia incrementa, las funciones neuropsicológicas decrecen, especialmente procesos perceptuales y habilidades psicomotoras.

El deterioro cognitivo es común en pacientes con EPOC y defectos crónicos respiratorios. La oxigenoterapia parece remediar algunos déficits neuropsicológicos, pero son necesarias más investigaciones para examinar la relación entre la oxigenoterapia y los aspectos neurocognitivos, así como la relación entre la mejoría neurocognitiva y las variables psicosociales. (Dealy, 1996).

Hay otros factores que contribuyen en el bienestar neuropsicológico, por ejemplo, la edad

y la educación están asociados con la capacidad de realizar ciertas actividades.

McSweeny y cols. en su modelo heurístico de la relación entre EPOC y calidad de vida, encontró que la variable "edad" no sólo influye en el proceso de la enfermedad, sino también en las habilidades neuropsicológicas y el funcionamiento social. (McSweeny, Czakjowski, et al., citado por Dealy, 1996).

2.3. Efectos psicológicos y neuropsicológicos de la oxigenoterapia

La oxigenoterapia parece ser de gran utilidad, mejorando varios aspectos de la vida del paciente, empezando por aliviar los síntomas y alargar la vida del enfermo, como por ayudar al paciente a realizar algunas actividades que ya no podía.

Los pacientes con EPOC, hipoxémicos frecuentemente sufren de déficit neuropsicológico y experimentan desórdenes en su estado de ánimo, personalidad y calidad de vida. (Heaton, Grant, McSweeny, Adams y Petty, 1983).

Un estudio demostró que después de 6 meses de tratamiento con oxígeno los pacientes con EPOC continuaron mostrando un significativo desorden emocional y la enfermedad se relacionaba con una disfunción conductual, aunque se pudieron observar cambios después de 12 meses de tratamiento. (Heaton, et al., 1983).

El tratamiento a largo plazo con oxígeno, permite obtener beneficios psicológicos, particularmente en el área del funcionamiento cognitivo.

Se ha sugerido que la terapia con oxígeno continuo previene total o parcialmente el declive cognitivo en EPOC. Esta terapia tiene un efecto protector, porque los cambios mentales son más severos si la oxigenoterapia no ha sido utilizada. (Incalzi, et al., 1993).

Adicionalmente, la depresión afecta hasta un 42% de pacientes con EPOC (Heaton, et al., 1983) y la reducción de contactos sociales causada por la inhabilidad física puede contar

parcialmente para empeorar la ejecución neuropsicológica.

La terapia con oxígeno continuo, permite a los pacientes sentirse mejor físicamente lo cual convierte a los pacientes en más independientes, menos ansiosos de sus problemas somáticos, y en general más hábiles para tratar su estrés emocional.

Se deben considerar otros factores que intervienen además de esta terapia y que contribuyen dentro de la mejoría del paciente, como por ejemplo, la atención personalizada que se le da.

De cualquier forma, la terapia con oxígeno continuo, simultáneamente mejora la adaptación psicológica y el funcionamiento neuropsicológico. (Krop, Block y Cohen, 1973).

2.4. Evaluación del paciente

Una evaluación psicológica del paciente con EPOC, es necesaria en caso de querer obtener información que no podemos obtener en los estudios médicos realizados por parte del neumólogo.

La evaluación psicológica permite conocer rasgos psicológicos y estados emocionales por los cuales atraviesa el paciente al ser diagnosticado con EPOC.

Los estudios realizados por parte del médico nos informan de la condición física del paciente, nos permite conocer el diagnóstico de la enfermedad y la evaluación psicológica nos permite conocer el estado emocional del paciente.

Un área importante de exploración es la de sus relaciones personales cercanas.

Las predisposiciones familiares en conflicto deben ser examinadas si los miembros están a cargo de cuidar al paciente.

Una evaluación psicológica incluye mediciones de las áreas: intelectual, perceptual, proyectiva y adaptativa.

Considerando que la EPOC es el catalizador de la disfunción, causando ansiedad, depresión, y cambios en la adaptación, esta evaluación permite la planeación de un

tratamiento psicosocial que pueda incluir psicoterapia individual o de grupo, tratamiento psicofarmacológico, intervención en crisis familiar, terapia de pareja o cualquier tipo de intervención que pueda ayudar al paciente. (Dealy, 1996).

Mientras el paciente realiza cambios en su estado emocional, incrementa su incapacidad e inhabilidad y puede protegerse mediante el aislamiento, la negación, y represión.

No expresan enojo o resentimiento y asumen un rol pasivo-dependiente o pasivo-agresivo. Algunos individuos responden a cualquier tipo de inhabilidad física con resentimiento, enojo, miedo o depresión.

La desorganización que producen estas reacciones puede ser suficiente para trastornar un programa terapéutico.

Si el paciente se deprime, puede necesitar motivación o energía para cuidar de sí mismo, o puede volverse autodestructivo y activamente intentar frustrar los esfuerzos terapéuticos de los médicos. (Dudley, et al., 1980).

2.4.1. Valoración psicológica inicial

El doble propósito de la valoración es dar al paciente la oportunidad de hablar acerca de su problema y obtener información necesaria para la formación de un plan de tratamiento.

Es importante que el médico no minimice la seriedad de la enfermedad, pero es igualmente importante que el paciente sepa que el progreso de la morbilidad puede ser substancialmente controlado o reducido con un buen cuidado de sí mismo y asistencia médica. (Dudley et al., 1980).

Tomando la historia personal del paciente se obtiene información. Una vez que ésta información es organizada, las áreas problema y la presencia de problemas psicológicos que requieren canalizarse se vuelven más aparentes y el foco de tratamiento puede ser distinguido mas fácilmente.

Mediante una cuidadosa valoración se pueden identificar factores que contribuyen a la inhabilidad del paciente, esos que permiten una exacerbación en la enfermedad, y esas

áreas de la vida del paciente severamente afectadas por los problemas fisiológicos.

Los pacientes con EPOC pueden interesarse excesivamente en todas sus funciones corporales y pueden volverse más defensivos, así como más superficiales o lábiles en sus expresiones o respuestas emocionales. (Dudley et al., 1980).

2.5. Educación del paciente y la familia

Para educar al paciente y a su familia acerca de la EPOC, es importante identificar situaciones psicológicas y sociales que tienden a contribuir en la inhabilidad e insuficiencia experimentadas por parte del paciente. (Dudley, et al., 1980).

2.6. Estrategias de Intervención

Existen diferentes estrategias de intervención que pretenden el mejoramiento del paciente con EPOC, son varias las técnicas que se han implementado para el tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar, para atender cada uno de los síntomas, para lograr el alta y procurarle una mejor calidad de vida.

2.6.1. Relajación

Con la intención de romper el ciclo disnea-estres-disnea; el entrenamiento en relajación puede disminuir la tensión y reducir la respuesta emocional de inconformidad, además para los pacientes, la relajación puede facilitar la respiración.

La relajación muscular reduce exitosamente la disnea y la ansiedad en los pacientes. (Refroe, 1988 citado por Dealy, 1996).

Muchos sienten que la relajación prepara al paciente en el entrenamiento para respirar adecuadamente por medio de ejercicios respiratorios.

2.6.2. Otros métodos

Los efectos, como el mantenimiento de niveles bajos de ansiedad, pueden ser mejorados mediante el uso de biofeedback, visualización, imaginería guiada con música, hipnosis, desensibilización y terapia cognitiva-conductual.

Durante una crisis médica que requiere cuidados intensivos, el paciente puede además requerir intervención interpersonal intensiva continua para romper con la depresión y aliviar la ansiedad. (Dealy, 1996).

2.6.3. Programas de Rehabilitación

Los programas de rehabilitación deben tomar en cuenta el tratamiento psicológico de los pacientes.

La rehabilitación pulmonar utiliza el conocimiento y la intervención de diversas áreas para un fin específico: el mejoramiento del paciente.

Reconociendo la necesidad de intervención, los programas de rehabilitación pueden aliviar algunas dificultades, aunque las variables psicosociales son complejas y se requiere de una aproximación multidimensional. (Dealy, 1996).

Pattison y cols. encontraron que los pacientes con EPOC con un alto desarrollo psicosocial exhiben respuestas positivas ante un grupo psicoterapéutico, y manifiestan una conducta interpersonal efectiva. (Pattison, Rhodes y Dudley, 1971 citado por Dudley et al., 1980).

Agle y cols. encontraron que los pacientes con EPOC, con problemas psicológicos incapacitantes, tales como una severa depresión, responden menos favorablemente a programas de rehabilitación que como lo hacen aquellos pacientes sin estos problemas. (Agle, Baum y Chester, 1973 citado por Dudley et al., 1980).

En un estudio que comparó los efectos de la rehabilitación pulmonar y psicoterapia, Lustig et al. (1972) encontraron una mejoría psicológica significativa, cuando los pacientes

recibían cualquiera de las dos rehabilitaciones, pulmonar o psicoterapia. (citado por Dudley et al., 1980).

Sin embargo los autores concluyeron que “un programa que combine rehabilitación y psicoterapia es una condición esencial para muchos pacientes con EPOC”.

Baum y Agle en un estudio encontraron buen resultado usando un programa de cuatro semanas, el cual incluía manejo médico, entrenamiento respiratorio, ejercicio intenso gradual, terapia grupal quincenal y asesoría profesional, vocacional y social voluntaria.

De este estudio se concluyó que “la disminución de los síntomas psicológicos invalidantes resultaron del esfuerzo de la rehabilitación y no fue una respuesta aislada del grupo de terapia”.

Además, especularon que su procedimiento de incrementar gradualmente el ejercicio en presencia de personal médico, funcionaba inadvertidamente como una forma de desensibilización de la terapia conductual. (Baum, Agle y Chester, 1973; Agle et al., 1973 citado por Dudley, et al., 1980).

En el centro médico de la Universidad de Colorado se llevo a cabo un programa de rehabilitación para pacientes con EPOC entre los años 1966 y 1968 en el cual participaron 182 pacientes.

Todos los pacientes recibieron un programa de tratamiento estandarizado que incluía, instrucción individual y grupal acerca de su enfermedad, enseñanza en los principios y mecanismos de higiene bronquial, reentrenamiento respiratorio, terapia farmacológica individualizada y oxigenoterapia.

Los resultados sugirieron que después de diez años, únicamente 28 pacientes del grupo inicial, estaban vivos, es decir el 17% en comparación con el 69% que sobrevivió de la población general.

Las causas más comunes de muerte fueron complicaciones pulmonares de un EPOC progresivo, aunque otras causas encontradas fueron el infarto al miocardio y suicidio.

Los pacientes que sobrevivieron tenían una función pulmonar significativamente mejor.

A 30 pacientes del programa, se les aplicaron pruebas psicológicas, encontrando que los

pacientes tenían una significativa reducción, en desordenes del área afectiva, ansiedad, depresión y somatización.

El programa de rehabilitación de colorado muestra una reducción significativa en los días de hospitalización y en algunos pacientes un mejoramiento en los síntomas y en el estilo de vida, y que puede estabilizarse, invertir la enfermedad y regresar al individuo a su mayor capacidad funcional. (Sahn, Nett y Petty, 1980).

La influencia de los factores psicológicos o de la personalidad sobre todo en la invalidez de la EPOC ha recibido atención en los últimos años.

2.7. Personalidad

Al concepto de personalidad se le subordinan el “intelecto” o inteligencia, que representa el aspecto cognoscitivo de la personalidad, el “carácter” que es el volitivo, el “temperamento” que es el emocional o afectivo, y la “constitución”, que es la personalidad de su aspecto físico o somático. (Corbella y Sanchez, 1994a)

La personalidad es única y cada persona difiere de las restantes. En esta diferenciación intervienen las disposiciones congénitas y el medio ambiente.

Las teorías de la personalidad son intentos de dar una explicación sistemática y ordenada de lo que se llama estructura de la personalidad.

Uno de los primeros intentos de clasificación de la personalidad se debe a Kretschmer, quien describió tres tipos físicos que creyó básicos para determinar las distintas personalidades.

La tipología de Sheldon distingue también tres tipos.

Freud fue el primero que propuso una teoría sistemática de la personalidad. La teoría de Freud sobre el desarrollo de la personalidad es una teoría de secuencia de etapas, se basa en lo que el denominó aparato psíquico, compuesto por 3 niveles: el consciente preconscious y el inconsciente. Posteriormente, Freud completó este modelo del aparato psíquico con las estructuras de la personalidad: el ello, yo y superyó. (Fitzgerald, Strommen y Mckinney, 1981).

Algunos autores han agrupado a los individuos, según sus rasgos, el rasgo se refiere a cualquier aspecto de la personalidad que sea lo bastante importante como para caracterizar o distinguir a un individuo. (Corbella y Sanchez, 1994a). La diferencia de los rasgos es cuantitativa.

Allport distinguió entre varias clases de rasgos, consideró que los rasgos eran disposiciones personales, organizadas jerárquicamente, y que unas eran más importantes que otras.

En esta teoría se reconoce que el desarrollo modela al individuo, pero cree en la autonomía funcional de los motivos. (Corbella y Sanchez, 1994a).

La personalidad, es un concepto complejo, y por lo mismo existen muchas formas de describirla, la forma de descripción, depende del instrumento o técnica utilizada para medir la personalidad, en función de algún criterio de personalidad definido. Como puede verse en algunos estudios, al describir la personalidad se escogen uno o más rasgos personales como descriptivos.

Algo que complica el estudio, es que la conducta es situacional y, aunque por lo general hay constancia personal o patrón que se mantienen en todas las circunstancias, se debe reconocer la fluctuación de un individuo en las posiciones dentro de una categoría cuando se encuentra en situaciones distintas. (Horrocks, 1993).

Muchos estudios de la personalidad reúnen datos esencialmente clínicos o médicos, y a menudo provienen de muestras de personas con algún padecimiento o enfermedad. (Horrocks, 1993). La información se obtiene por medio de técnicas cuya precisión y generalidad son variables.

Entre tales técnicas se encuentran, la solución de cuestionarios estándar de personalidad por ejemplo, el Inventario de personalidad multifásico de Minnesota, que produce un número de calificaciones cuyo interés es primordialmente psiquiátrico; el test del completamiento de frases de Sacks (SSCT) destinado a obtener material clínico significativo en áreas representativas de la adaptación; el dibujo de figuras como procedimiento proyectivo, en donde se interpreta cada dibujo como proyección de la imagen corporal o del concepto de sí mismo. (Levy, 1994); registros anecdóticos, entrevistas, observación, etc.

Algunos estudios han encontrado, perfiles característicos en los pacientes con EPOC utilizando el MMPI, por ejemplo, Lester (1973) encontró que los pacientes con EPOC puntúan significativamente, en los niveles de hipocondriasis, depresión e histeria (“triada neurótica”). El MMPI mide sobre todo problemáticas psicológicas y desorden crónico de la personalidad (Graham, 1977).

La población, sin embargo, tenía una media de edad de 61 años, y estos perfiles elevados, son normales para la edad de los que pertenecían a este grupo.

Además, muchos de los reactivos, en las escalas neuróticas del MMPI, se relacionan con los síntomas físicos experimentados por los pacientes con EPOC. (Lester, 1973 citado por Dudley, et al., 1980).

Logan y Johnson (1974) encontraron elevaciones significativas en la desviación psicopática y psicastenia. Sin embargo, estas puntuaciones elevadas se pueden relacionar con una respuesta entendible a la disnea (citado por Dudley et al., 1980).

McSweeny y colegas utilizaron pacientes con EPOC severa que recibieron tratamiento con oxigenoterapia nocturna para comparar la efectividad de oxígeno terapia nocturna y oxígeno terapia continua. Midieron algunos aspectos de la calidad de vida de los pacientes, con la aplicación de pruebas psicológicas, tomándolos como línea base 6 meses después del inicio del tratamiento.

Los resultados del MMPI sugirieron que la mayoría de los desordenes emocionales entre los pacientes incluyen, la depresión, insatisfacción con la vida y preocupación somática. (McSweeny et al., 1980).

Tal como lo demostró Baum, en comparación con un perfil normal del MMPI, los pacientes con EPOC mostraron elevación en las escalas de hipocondriasis, depresión e histeria, las cuales indican un patrón de defensa neurótico. (Baum 1971).

Resultados similares fueron encontrados en la investigación que Krop, Block y Cohen (1973) realizaron, con la excepción de que el puntaje para la histeria no llegó al nivel para ser aceptado como patológico.

Un estudio investigó la influencia del perfil de la personalidad y la influencia de EPOC en la vida del paciente en general, en el curso de la enfermedad.

Se utilizaron 16 hombres con EPOC estable, se aplicó a cada paciente el MMPI primera edición.

Después de 4 años, 9 sujetos sobrevivieron y 7 no sobrevivieron.

Los resultados mostraron una diferencia significativa en los resultados del MMPI entre los que murieron y los que vivieron al final de los 4 años con independencia del grado de deterioro en la función pulmonar o la oxigenación.

Los resultados clínicos también predijeron mortalidad dentro de los años posteriores con buena validez.

Ambos resultados predijeron mortalidad mejor que las medidas de la función pulmonar por sí solas.

La personalidad puede influenciar la manera en la cual los pacientes se ajustan a sus problemas crónicos de salud. (Ashutosh, Haldipur y Boucher, 1997).

Se ha demostrado que medidas tales como las de el perfil de impacto de la enfermedad (SIP), el cual es una combinación del puntaje físico global y el puntaje psicosocial y el estado de ánimo, son anormales en pacientes con EPOC y correlacionan solo pobremente con el deterioro fisiológico en la función del pulmón. (Prigatanano, Wright y Hodgkin, 1986; Jones, Baveystock y Litteljohns, 1989 citado por Ashutosh et al., 1997).

2.8. Depresión

La depresión es una enfermedad del estado de ánimo, de la afectividad.

La prevalencia de depresión en pacientes que padecen EPOC es aproximadamente del 50%. (Dealy,1996).

Los pacientes con EPOC son vulnerables a padecer depresión.

La depresión es uno de los padecimientos que más afecta a la humanidad, desde la infancia

hasta la senectud.

Existen dos tipos de depresión según su origen: la depresión exógena o reactiva y depresión endógena o biológica.

La depresión reactiva tiene causa externa, generalmente por conflictos psicológicos, también recibe el nombre de depresión neurótica.

Hay ciertos cambios y situaciones de estrés en la vida que se asocian a la depresión, y eso conlleva a pérdidas significativas, tales como la muerte de un ser querido, pérdida de empleo, problemas financieros, enfermedad crónica, etc. (Balboa, 1997). Y que representan una respuesta normal y deseable ante situaciones que lógicamente deben entristecer y preocupar. (Corbella y Sanchez, 1994c).

En la depresión endógena no se encuentra un acontecimiento previo desencadenante, está provocada por la alteración de ciertos componentes del sistema nervioso central, por un desajuste neuroquímico. Los casos más graves de este tipo de depresión reciben el nombre de depresión psicótica. (Corbella y Sanchez, 1994c).

Se ha postulado la hipótesis de que los factores sociales están relacionados con el principio de la depresión en los ancianos.

Se realizó en Inglaterra un estudio y entre los resultados, se confirmó, junto con otros estudios anteriores, que los "problemas de salud" en el anciano contribuyeron al inicio de la depresión. (Murphy, 1982).

La depresión se puede manifestar de diferentes formas, mediante síntomas psicológicos y físicos, uno de los síntomas principales es la tristeza, otro síntoma habitual es la ansiedad, pero existen múltiples síntomas que pueden aparecer en la depresión y aparte es posible que se presenten alteraciones físicas, existen depresiones en las que la sintomatología física es prácticamente la única. (Corbella y Sanchez, 1994c).

El componente principal en la depresión neurótica es la pérdida de la autoestima, debido a un conflicto interno o a un acontecimiento precipitante que se puede identificar.

El que haya una situación que desencadene a la depresión no quiere decir que ésta sea la única causa.

Varios factores pueden facilitar la aparición del cuadro, como factores genéticos, socioculturales, psicológicos, agresiones orgánicas y una personalidad con predisposición a padecer depresión.

La duración de la depresión neurótica es variable, sin el tratamiento adecuado, si la circunstancia traumatizante continúa la depresión tenderá a hacerse crónica. (Corbella y Sanchez, 1994c).

El trastorno afectivo es muy común entre los pacientes con una enfermedad médica crónica, aumenta su deterioro funcional, así como sus síntomas de tipo somático, disminuye su autocuidado lo que dificulta manejar eficientemente su enfermedad, además de aumentar la morbilidad y la mortalidad como resultado de trastornos de tipo psicofisiológico.

En los sujetos con una o más enfermedades médicas crónicas hay un riesgo relativo del 41% de que tengan un trastorno psiquiátrico.

A pesar de la alta prevalencia, los médicos no diagnostican la depresión en un 50% de los casos.

La depresión tiene un efecto muy marcado en la percepción de la salud, en el desempeño social, profesional y en las actividades físicas. En un interrogatorio llevado a cabo por medio de aparatos y sistemas, se encontró que los pacientes con depresión mayor tienen más trastornos somáticos, aún estando controlada su enfermedad crónica.

La depresión mayor es la entidad que más se observa en el primer nivel de atención; es altamente prevalente en enfermedades médicas crónicas. (Sullivan, 1990). Los síndromes depresivos son frecuentes en los pacientes médicamente enfermos; sin embargo, pocas veces se reconocen y se tratan. Con frecuencia pasan desapercibidos y, por lo tanto, pocas veces se llega a establecer una estrategia terapéutica adecuada. (Torres, Hernandez y Ortega, 1991).

El inventario Zung y el de Beck han sido especialmente útiles para cuantificar y monitorear depresión asociada con EPOC. (Dealy, 1996).

La prevalencia reportada oscila entre el 6 y el 36% (Nielsen, 1980 citado por Torres et al., 1991).

Rodin nos dice, que es necesario tomar en cuenta: la incapacidad o renuencia de los pacientes deprimidos en fase aguda, a colaborar en una investigación, la naturaleza pasajera de los síntomas afectivos, y el hecho de que en ocasiones, la depresión se manifiesta con síntomas somáticos más que por alteraciones en el estado de ánimo. (citado por Torres et al., 1991).

2.8.1. Criterios del DSM-IV

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

Se divide en tres partes: La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco). La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, distímico y bipolar). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recurrentes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno de estado de ánimo debido a la enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco.

Los trastornos bipolares implican la presencia de episodios maníacos, normalmente con episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, al menos 2 semanas del estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días

con estado deprimido que sin el, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El *trastorno depresivo no especificado* se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, distímico, adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

El *trastorno bipolar I* se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, acompañados por episodios depresivos mayores.

El *trastorno bipolar II* se caracteriza por uno o más episodios mayores, acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

El *trastorno ciclotímico* se caracteriza por al menos 2 años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos, que no cumplen con los criterios para un episodio maniaco, y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen criterios de depresión mayor.

El *trastorno depresivo bipolar no especificado* se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos.

En los *trastornos depresivos mayores* son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. El síndrome consiste de síntomas afectivos, somáticos, psicomotores y psicológicos.

2.9. Ansiedad

La ansiedad es un estado emotivo, una respuesta normal en el hombre generalmente acompaña a la depresión (Kaplan, Eakin y Ries, 1993).

Es inquietud, intranquilidad, preocupación, ante fracasos, pérdidas y situaciones de incertidumbre respecto a lo que pueda pasar.

Los estímulos que dan lugar a la ansiedad, pueden ser por ejemplo, una enfermedad física, lesión corporal, exámenes, frustración de las necesidades sociales o corporales, problemas

laborales, conyugales, familiares, etc. (Corbella y Sanchez, 1994b).

En los ataques de ansiedad se observan cambios somáticos, que preparan al individuo para huir o enfrentar situaciones que ponen en peligro su integridad, en este sentido es un mecanismo de adaptación para la supervivencia.

Se han establecido dos tipos de ansiedad: ansiedad como estado y ansiedad como rasgo.

Un problema es establecer los límites de su normalidad, se considera trastorno cuando la ansiedad es constante, impide pensar y actuar eficazmente e interfiere en la vida del individuo. (Corbella y Sanchez, 1994b).

Tiene dos tipos de síntomas: los psíquicos, que son la aprehensión y el temor; y los de tipo somático que son los cambios fisiológicos neurovegetativos.

Existen también personas con una personalidad ansiosa.

Las personas que padecen ansiedad crónica o ansiedad generalizada viven con sensación de inseguridad y miedo, esperando siempre que ocurra algo trágico, entre sus trastornos presentan disnea, vértigos y mareos debido a la presencia de una hiperventilación, dolores en distintas partes del cuerpo, reaccionan a todos los estímulos de forma desproporcionada, sensación de fatiga y agotamiento, sueño poco reparador, trastornos de la sexualidad, etc. (Corbella y Sanchez, 1994b).

La actitud del sujeto es de desamparo y temor.

Se preocupa por la posibilidad de tener una enfermedad orgánica, la cristalización de su ansiedad a través de aspectos somáticos se enlaza con la hipocondría.

Tienen la tendencia a estar pendientes de sí mismos, afectando sus relaciones personales y laborales.

2.10. Ataques de pánico

El pánico es el síntoma fundamental en las crisis de ansiedad agudos y graves. La sensación de peligro inminente, de enfermedad y de muerte se asocia con suma facilidad a la idea de pánico. (Corbella y Sanchez, 1994b).

La disnea puede provocar episodios de pánico.

En un estudio que relacionó la función respiratoria con la ansiedad, un tercio de los pacientes con EPOC reportaron experimentar ataques de pánico. (Fried, 1990).

La experiencia médica nos puede decir que las quejas más frecuentes son por ansiedad.

El miedo a lo imprevisto y la falta de recursos ante acontecimientos no esperados, favorece el aumento del nivel de ansiedad.

Algo que también angustia al hombre es la muerte. (Corbella y Sanchez, 1994b).

La presencia de una enfermedad como la EPOC, nos facilita la aparición de miedo a lo imprevisto, puede darse el caso de no contar con los recursos necesarios para enfrentar a la enfermedad, la posibilidad de morir, en si lo que anteriormente se mencionó como causa para desarrollar ansiedad se presenta al padecer esta enfermedad.

El trastorno ansioso puede tener similitudes con los síntomas de la EPOC y con otro tipo de enfermedades, como por ejemplo, falta de aire o sensación de falta de aire, mareos, etc., es por eso necesario distinguirlos y reconocer que la presencia de enfermedad es una causa importante de ansiedad.

3. La Tercera Edad

La enfermedad obstructiva de las vías aéreas es común en la vejez, afectando aproximadamente al 16% de las personas arriba de los 65 años. (Dow, Coggon y Holgate, 1992 citado por Renwick y Conolly, 1996).

La mayor parte de las personas que padecen EPOC, que son atendidas en la clínica de EPOC del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias pertenecen a este grupo de edad.

Por esta razón es importante conocer las características físicas y psicológicas de las personas cuando llegan a esta etapa de la vida, tomando en cuenta el factor edad como otra característica común entre los pacientes, además de la propia enfermedad

La vejez puede ser definida desde distintos puntos de vista, biológico, sociológico y cronológico.

Con base en estas tres funciones Corbella hace una definición global: la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre la decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social. (Corbella y Sanchez, 1994d).

Algunos autores sitúan la edad de inicio de la tercera edad, a partir de los 60 años, pero no existe un consenso acerca de cual es la edad en la que se puede decir que comienza la vejez.

La vejez es un período de deterioro, pero también de crecimiento y riqueza de potenciales. La vejez no es sinónimo de invalidez.

Envejecer es un proceso normal en el ser humano, es el período final de un período vital de los organismos. Mas no debe verse sólo como el fin sino como una etapa de evolución. El envejecimiento es parte constitutiva del desarrollo.

Envejecer aumenta las probabilidades de enfermar, ya que se producen cambios en todo el cuerpo, en la piel, en el pelo, los huesos, la caja torácica con lo que disminuye la capacidad respiratoria, se atrofian las glándulas sexuales disminuyendo la frecuencia e

intensidad de las relaciones sexuales, los sentidos limitan sus funciones, la actividad psicomotriz sufre un decaimiento, más estos cambios no significan que el anciano deba abandonar sus actividades, ni en el caso de enfermedad, en dicha situación podrá modificarlos pero no abandonarlas por completo. (Corbella y Sanchez, 1994d).

Algunas funciones, como la renal, cardíaca o respiratoria, parecen estar claramente relacionadas con el grado de vulnerabilidad del organismo ante las presiones externas.

Con la edad, se observa una disminución cerebral, la mayoría de los viejos sin patología cerebral, presentan decrementos mínimos en su funcionamiento neuropsicológico (excepto por tiempos de reacción y parámetros de inteligencia “fluida”). (Castañeda, 1994).

Los viejos no regulan bien su temperatura corporal y son lábiles ante los cambios de la temperatura ambiental. La exposición al frío se vuelve un riesgo en estas edades, lo cual podría convertirse en un factor para la exacerbación de síntomas en las enfermedades de las vías respiratorias. (Castañeda, 1994). El individuo debe adaptarse pues a los cambios que se producen.

El *deterioro de la capacidad intelectual* no tiene relación con la edad, sino con aspectos psicosociales desfavorables o con enfermedades muy graves que afecten al sistema nervioso central, en el caso de la EPOC se sabe que la hipoxemia puede ser un factor que provoque déficit cognitivo.

Los *rasgos de la personalidad* no cambian al pasar los años, lo que pasa es que se acentúan los rasgos predominantes del carácter. La personalidad puede tener cambios debido a cambios ambientales.

La *imagen corporal* es importante durante todas las edades, y su valor y características varían según la cultura. Al envejecer el individuo deberá aceptarse para evitar sentirse ansioso o deprimido.

La *autoestima* del anciano tampoco se altera con la edad, mas bien tiene que ver con su historia. En la ancianidad la autoestima depende de sus cualidades morales. (Corbella y Sanchez, 1994d).

3.1. Crisis

Existen crisis psicológicas en el envejecimiento como son: los cambios corporales, la jubilación, la pérdida de la pareja, la aparición de enfermedades, el sentimiento de inutilidad, enfrentamiento con la muerte. (Corbella y Sanchez, 1994d).

En el climaterio se puede llegar a la depresión también debido a que el individuo se siente incapaz de cambiar su futuro, a veces se siente fracasado, pues sobrevalora sus fracasos y “olvida” sus éxitos. Aunque esta etapa de la vida puede también ser vivida positivamente, buscando adaptarse. (Corbella y Sanchez, 1994d).

3.1.1. Los cambios corporales

Los cambios son tanto internos como externos y se marcan con el inicio de la menopausia y la andropausia, pérdidas sensoriales y modificaciones del cuerpo. (Corbella y Sanchez, 1994d).

3.1.2. Jubilación

Una de las crisis mencionada anteriormente es la jubilación, ya que ésta es una situación en la cual se le hace ver a los individuos su inutilidad, pero cada persona vive su jubilación de forma diferente, puede ser difícil para algunos, mientras que para otros, significa mayor libertad y la oportunidad de realizar actividades recreativas o viajes que antes no podía hacer. (Corbella y Sanchez, 1994d).

Pero algunas personas no encuentran actividades satisfactorias porque la jubilación no es lo que esperaban o tienen problemas físicos, económicos o familiares.

Dependiendo de su ocupación, los pacientes con EPOC, pueden encontrar necesario retirarse de trabajar en forma anticipada. Agle, encontró que si el paciente estaba apto para trabajar, la autoestima se incrementaba y la depresión se reducía. (Agle, Baum y Chester, 1973 citado por Dudley et al., 1980).

Ciertas investigaciones recientes apuntan justo a que la edad de jubilación no tiene repercusiones en la salud física o causar problemas emocionales de importancia. (Corbella y Sanchez, 1994d).

3.1.3. Pérdida de la autonomía

Otra crisis es la pérdida de autonomía, el deterioro físico normal en la vejez provoca que el anciano dependa de los demás, deteriore su identidad personal y abandone su poder de decisión. Las personas mayores pueden conservar su autonomía pero enfermedades físicas y problemas económicos contribuyen a la disminución de la autonomía.

3.1.4. La muerte

El enfrentamiento con la muerte es otra crisis, aunque los ancianos conciben la muerte como una realidad más próxima y le temen menos que los jóvenes.

La vida social del anciano se ve afectada por las crisis a las cuales se enfrenta.

En esta etapa de la vida se pueden fomentar las relaciones amistosas y desarrollar una variedad de actividades dependiendo de las posibilidades individuales. (Corbella y Sanchez, 1994d).

3.2. La Enfermedad y la Salud en la Tercera Edad

El anciano que va con una frecuencia normal al médico esperará que éste comprenda sus

molestias y alivie sus males.

El anciano sabe que debe preocuparse por su salud, así que es un buen consumidor de medicina preventiva.

A partir de una enfermedad, los ancianos reaccionan muchas veces depresivamente, y no vuelven a ser los mismos de antes.

Cualquier persona a cualquier edad teme enfermarse, con mayor razón sucede con los ancianos cuyos recursos físicos y psicológicos están disminuidos por el propio envejecimiento.

Las enfermedades aceleran en los ancianos el proceso del envejecimiento debido a la misma enfermedad y las consecuencias psicológicas. (Castañeda, 1994).

3.2.1. Enfermedades Crónicas y EPOC como una de ellas

Las enfermedades crónicas graves limitan al anciano y lo obligan a seguir un tratamiento continuo.

Se ha calculado que 80% de las personas mayores de 60 años padecen por lo menos de una enfermedad crónica o incapacidad. (Wilcock, 1991 citado por Castañeda, 1994).

En las enfermedades crónicas se presentan exacerbaciones de la sintomatología que cambian el cuadro patológico y confieren a la situación un carácter agudo. (Corbella y Sanchez, 1994e).

Es importante analizar las enfermedades crónicas cuyo diagnóstico y molestias modifican el estilo de vida del paciente. En el caso de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica no solamente provoca sufrimiento y angustia, sino que obliga a cambiar hábitos y costumbres.

La EPOC como tal provoca en el paciente una pérdida progresiva de la autonomía, dependiendo del grado de invalidez de la enfermedad y provoca en el paciente la sensación de que puede morir.

Se ha confirmado que la enfermedad obstructiva de las vías aéreas perjudica la calidad de vida, pero no lo hacen ni la edad ni el sexo de las personas.

Renwick y Conolly encontraron que no hay relación entre la calidad de vida y la edad o sexo.

Previamente se ha reportado, una débil relación entre la calidad de vida y los índices de la función pulmonar en pacientes con obstrucción aérea. (Quirk y Jones, 1990; Juniper, Guyatt, Epstein, Ferrie, Jaeschke y Hiller, 1992; Sherman, Tolleruol, Heffner, Speizer y Weiss, 1993 citado por Renwick y Conolly,1996).

Lo cual sugiere que la variabilidad entre pacientes en la percepción de falta de aire es un determinante más importante para la inhabilidad, que el mismo grado de obstrucción aérea. (Jones, 1991 citado por Renwick y Conolly,1996).

Sus resultados muestran que la obstrucción de las vías aéreas no se asocia con una significativa disfunción emocional y limitación de las actividades.

Lo cual nos habla de que ni la edad, ni el sexo, ni siquiera la propia enfermedad tienen tanta importancia en como el paciente vive su enfermedad, sino que lo que realmente importa es la percepción que tenga el paciente de la situación.

De hecho se ha sugerido que los sujetos de edad avanzada pueden ser mas tolerantes a los efectos de la obstrucción aérea, debido a una reducción en los niveles de actividad normal o en sus expectativas de vida. (Renwick y Conolly,1996).

3.2.2. Asistencia Médica

La asistencia médica en esta edad debe promover la autonomía e independencia. El pasar de ser una persona sana a una enferma tiene obligadamente connotaciones psicológicas.

De hecho, en general a partir de cierta edad cualquier enfermedad por leve que parezca puede complicarse e incluso causar la muerte de la persona. Enfermar en estas edades supone siempre un acercamiento con la muerte.

Las enfermedades en la vejez suponen que el anciano deje de practicar sus actividades, o

cambie radicalmente algunos aspectos de su vida, es por eso tan importante que se atienda al enfermo como que se trate de modificar al mínimo la vida del paciente. En muchos países europeos y latinoamericanos incluso México (en algunos sectores socioeconómicos) se contratan personas para atender a los pacientes así éste podrá permanecer en su casa. Esto es recomendable en el caso de que el paciente padezca EPOC, ya que no podrá realizar algunas actividades sin la ayuda de otra persona.

3.2.3. Hospitalización

Con respecto a la hospitalización, debido a que cualquier enfermedad en el anciano puede agravarse se requiere internar a las personas, pero es aconsejable que las hospitalizaciones sean lo más breves posibles. (Corbella y Sanchez, 1994e). Lo mismo se aconseja para el paciente con EPOC.

3.2.4. La Salud y su deterioro

Uno de los aspectos más negativos y quizá el más amenazante es el deterioro de la salud. Este deterioro parecer ser muy probablemente la razón por la cual la vejez se ha convertido en el tabú de la época actual.

La esperanza de vida actual en los países subdesarrollados es de unos 63 años, y en los desarrollados unos 75.

En los países industrializados, las enfermedades respiratorias, infecciosas y parasitarias representan un 40% de las principales causas de muerte.

Las principales causas de mortalidad después de los 50 años y sujetas en su mayoría a modificación por medidas conductuales y ambientales, son fundamentalmente 4: las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias. (Castañeda, 1994).

Que tanto se haya cuidado la persona durante su vida generalmente, se reflejará en la

calidad de vida que tendrá al envejecer e incluso en su calidad de muerte.

El estado de salud de un individuo es resultado de la interacción, tanto en diferentes tiempos como en diferentes espacios, de su biología con su medio, esas enfermedades concomitantes a la edad deben ser vistas como una falla individual en cuanto a aplicar las medidas sanitarias e higiénicas personales, por ejemplo el tabaquismo. (Castañeda, 1994).

La salud, significa además de no estar enfermo, un estado que permita a la persona gozar de su plenitud física y psicológica.

Que una persona envejezca no significa necesariamente que sea una persona enferma, la vejez no es una enfermedad, no hay cura, no hay operación ni medicamento para bloquear este proceso.

Existen personas de edad que gozan de muy buena salud aunque tengan alguna enfermedad crónica, pues ello no les impide, desarrollar el tipo de vida que les motive. Mantenerse activos en parte logra que las personas conserven una buena salud.

La actividad física es buena en todas las edades, pero a partir de los 60 años es recomendable llevar un régimen de ejercicios físicos. (Corbella y Sanchez, 1994e).

Numerosos estudios han demostrado grandes beneficios producidos por el ejercicio.

Cuanto mayor es una persona es más difícil su movilización, sumando a esto la presencia de una enfermedad incapacitante, como la EPOC, existe la posibilidad de que renuncie a su movilidad habitual y que su capacidad física se deteriore rápidamente.

Vivir la etapa de vejez con ilusión y una actitud creativa ante la vida, es útil para poder lidiar con las anomalías que se presentan en el cuerpo y para mejorar la calidad de vida.

3.3. Trastornos psíquicos en la tercera edad

En el envejecimiento normal, el individuo se va adaptando a la nueva situación, pero si no es así y además se presentan situaciones adversas el anciano puede desarrollar algunos trastornos.

3.3.1. Trastornos afectivos

En esta edad pueden encontrarse grandes oscilaciones en los estados de ánimo o distimias ciclotímicas, entre sus manifestaciones clínicas se encuentran la presencia de intranquilidad psicomotriz y angustia, la distimia se presenta como ciclotimia o depresión que se presenta por primera vez en esta etapa, a diferencia de las ciclotimias tardías, las cuales son una depresión endógena y que ya se había presentado con anterioridad con un episodio ciclotímico, en este cuadro se presentan ideas delirantes, en forma de complejo de culpa.

La depresión senil forma parte de las psicosis y son de origen orgánico cerebral, se caracteriza por ser una reacción sentimental triste. (Corbella y Sanchez, 1994e).

Las depresiones son comunes en la vejez. Independientemente de la presencia de síntomas predominantemente neuróticos y psicóticos, el comienzo sigue de cerca a algún suceso traumático. Los eventos precipitantes tienen lugar con más frecuencia en la depresión de comienzo tardío que en la depresión de comienzo temprano. (Kaplan y Sadock, 1993).

3.3.2. Neurosis

Algunas veces es la continuación de un trastorno que ya había aparecido con anterioridad.

Se pueden producir reacciones depresivas ante acontecimientos sin gran importancia. Los ancianos que tienen más facilidad de reaccionar de esta manera son los que no han aceptado su vejez, que no tienen actividades recreativas, o que son dependientes de los demás.

La depresión se acompaña de ansiedad, somatización e hipocondría, pesimismo y resignación ante el futuro. (Corbella y Sanchez, 1994e).

La *neurosis de ansiedad* es parecida a la del adulto, pero en esta edad pueden presentarse con más fuerza, algunos elementos que generan ansiedad son: la muerte, la pérdida de

seres queridos y la proximidad que sienten ellos ante ésta, la soledad, y la enfermedad.

Neurosis histéricas, se intensifican rasgos de personalidad, dramatización y búsqueda de ser el centro de atención mediante la intensificación de sus defectos orgánicos.

Síndrome hipocondríaco, este síndrome si es más frecuente en el anciano. Aunque en esta etapa de la vida existen muchas alteraciones corporales el hipocondríaco vive pendiente de lo que pasa con su organismo, es común entre los ancianos.

Trastorno obsesivo-compulsivo, es similar al que se presenta en etapas anteriores, sus síntomas son un esfuerzo por parte del paciente para impedir una completa desintegración. (Kaplan y Sadock, 1993).

Los más comunes son los *trastornos de carácter*, que se manifiestan mediante frustración, reivindicación, constantes quejas de sus males, etc.

3.3.3. Psicosis

Las psicosis y otras alteraciones provienen de etapas anteriores o son muy parecidas a las que se presentan en la edad adulta.

Trastornos esquizofrénicos, existe mucha confusión sobre las esquizofrenias de aparición tardía en los ancianos.

Se pueden dar *psicosis delirantes* en personalidades esquizoides y paranoides, en ancianos que viven aislados o desconfiados con deficiencias sensoriales como los sordos.

En conjunto, los síntomas delirantes o alucinatorios no parecen deberse a trastornos afectivos mayores, y los síntomas paranoides parecen ser una defensa contra la pérdida gradual del dominio que experimentan estos pacientes. (Kaplan y Sadock, 1993).

3.3.4. Demencias

Igualmente frecuentes que los trastornos afectivos son las demencias.

Las demencias son enfermedades del sistema nervioso central, que producen la decadencia progresiva y global de las funciones intelectuales, que afectan de forma muy importante la conducta social y personal de la persona que la padece.

La más frecuente es la enfermedad de *Alzheimer*, otra que es poco frecuente es la enfermedad de *Pick* y la *demencia senil*, entre otras. (Corbella y Sanchez, 1994e).

3.4. Diagnóstico psiquiátrico

El diagnóstico psiquiátrico en la senectud no es sencillo. Hay que tener presentes diversas enfermedades físicas cuando se examina al paciente psiquiátrico anciano.

De hecho la anoxia cerebral producida por enfisema a menudo precipita síntomas mentales en personas de edad avanzada. (Kaplan y Sadock, 1993).

Al realizar una valoración psicológica se deben tomar en cuenta los factores y componentes característicos de este grupo de edad.

CAPÍTULO II: MÉTODO

1. Planteamiento del Problema

Las EPOC son un problema de salud que en el año de 1992 junto con el asma ocuparon el décimo cuarto lugar de mortalidad en nuestro país.

En cuanto a los factores de riesgo principal para desarrollar estas enfermedades están el tabaquismo y la exposición al humo de biomateriales.

En los pacientes se presentan como síntomas físicos: tos, expectoración y disnea de evolución crónica.

Al avanzar la enfermedad se ven limitadas las actividades habituales de estas personas, debido a la incapacidad ventilatoria provocada por la misma enfermedad. Se sabe además que esto provoca que las personas cambien su estilo de vida.

En forma característica las EPOC afectan a personas de mediana edad y ancianos.

A pesar de que las personas se atiendan con médicos especializados y tomen el medicamento o si es necesario utilicen oxígeno, existen factores psicológicos que deben ser tomados en cuenta para una completa rehabilitación del paciente.

A partir de que el paciente es diagnosticado como enfermo pulmonar y empieza a verse incapacitado para realizar algunas actividades, los factores psicológicos y emocionales pueden expresarse de diferentes formas.

Así la presente investigación es de importancia porque no son abundantes los estudios con respecto al aspecto psicológico del paciente con EPOC.

Este estudio puede darnos a conocer sus características y así poder desarrollar la estrategia adecuada de intervención que permitirá al paciente enfrentarse a otro aspecto de su enfermedad.

2. Objetivo General

Obtener las características psicológicas del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, esto con el fin de conocer, qué es lo que predomina en este tipo de pacientes diagnosticados como enfermos pulmonares y que tienen que someterse a un tratamiento médico riguroso, que deben cambiar su estilo de vida debido a la incapacidad provocada por su enfermedad, y con el conocimiento de las características negativas presentes en los pacientes proponer un programa de atención psicológica como parte del tratamiento para el paciente con EPOC que ayudará a dar un mejor manejo del paciente y promover una recuperación mayor y lograr que las personas con esta enfermedad tengan una mejor calidad de vida por medio de la intervención psicológica apropiada.

3. Objetivos específicos

Conocer las características psicológicas, principalmente los rasgos de personalidad y estados emocionales como depresión o ansiedad en los pacientes con EPOC al darles el diagnóstico. Al saber qué caracteriza a este tipo de pacientes al momento de llegar a la clínica de EPOC establecer con este conocimiento un programa psicoterapéutico que apoye al tratamiento médico.

Mediante la evaluación a través de pruebas se conocen los aspectos psicológicos de los pacientes y a partir de esto proponer un programa psicoterapéutico para favorecer la calidad de vida y alta del paciente.

4. Hipótesis de trabajo

Con base en lo que los autores han descrito como perfil de personalidad y rasgos emocionales ante el impacto del diagnóstico de EPOC y síntomas provocados por la enfermedad con los subsecuentes cambios en el estilo de vida del enfermo, se esperaría encontrar que el paciente manifieste ciertos síntomas y conflictos emocionales como depresión, ansiedad etc.

Así la intervención psicológica permitirá que las características inadaptativas de los pacientes se eliminen o se reduzcan y utilizará los aspectos positivos: fuerza del yo, estilo de enfrentamiento, estilo de vida, carácter, etc.

Al tener un tratamiento psicoterapéutico se facilitará el autocuidado, así como la rehabilitación y mejoría del paciente. El tratamiento en sí también apoyará de manera conjunta al tratamiento médico.

5. Variables

Variable Dependiente: Rasgos de personalidad.

Variable Independiente: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

6. Definición conceptual de las variables utilizadas

EPOC: Consiste en la presencia de tos crónica, expectoración y disnea en grados variables, así como una significativa y progresiva reducción del flujo aéreo respiratorio en un segundo (VEF1).

Esta anomalía al flujo aéreo no muestra una total reversibilidad en respuesta a agentes farmacológicos, descartándose causas específicas de obstrucción al flujo aéreo por enfermedad localizada en las vías aéreas.

Las entidades características que la conforman son la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y enfermedad de la vía aérea pequeña.

Depresión: El enfermo que la padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una pérdida de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, también se presenta una disminución de la atención, ideas de culpa y de ser inútil, trastornos del sueño, apetito y sexualidad, tristeza, perspectiva sombría del futuro.

Personalidad: Patrones distintivos y permanentes de conducta y cognición que caracterizan la adaptación de una persona a la vida.

Ansiedad Estado: Es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Ansiedad Rasgo: Diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado.

Programa Psicoterapéutico: Se caracteriza por una serie de pasos en el tratamiento de desórdenes emocionales de la personalidad por medios psicológicos; cuya meta será ayudar al individuo incapacitado, influyendo sobre su proceso emocional, sobre su evaluación de sí mismo, de otros y la evaluación de su forma de resolver los problemas de la vida.

Concluyendo, el programa psicoterapéutico tiene como propósito la curación del paciente mediante la desaparición de síntomas, fortalecimiento de la personalidad, logro de cambios y liberación de angustia.

7. Definiciones Operacionales

Con los instrumentos y el contacto con los pacientes se intenta saber como se siente y se comporta el sujeto frente a su enfermedad, a fin de poder entender si la personalidad o sintomatología de depresión y/o ansiedad está determinada por los “supuestos elementos” que se hipotetizan en los tests y son los productores de determinado estado.

Con los rasgos de personalidad y sintomatología encontrados en estos pacientes se podrá desarrollar un programa de intervención psicoterapéutico para ayudar a la rehabilitación del paciente con EPOC.

La personalidad y áreas de conflicto se obtuvieron del puntaje obtenido en las pruebas de personalidad de las pruebas proyectivas y de la interpretación de estas.

La depresión y ansiedad se obtuvieron del puntaje obtenido dentro de las pruebas específicas para encontrar la presencia o ausencia de estas.

8. Tipo de estudio

Se llevó a cabo una investigación de tipo retrospectivo y de campo, exploratorio, exposfacto y descriptivo.

Retrospectivo, pues se utilizaron los resultados de las pruebas aplicadas a los pacientes cuando fueron diagnosticados con EPOC, desde el año 1996.

De campo, ya que se aplicó personalmente la batería de pruebas a los pacientes que recientemente han ingresado a la clínica.

Los estudios de campo están dirigidos a descubrir interacciones entre variables psicológicas en estructuras sociales reales.

Exploratorio, pues es una investigación dirigida a descubrir o revelar relaciones entre variables, además de descubrir variables significativas en escenarios de campo.

Exposfacto, dado que no se tiene el control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente manipulables.

Se harán referencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes.

Descriptivo, el cual tiene el propósito de que el investigador conozca sobre cómo está determinado el problema a investigar.

9. Muestra

Participaron en la investigación los pacientes que ingresaron a la clínica de EPOC del INER, con diagnóstico médico de EPOC.

Bajo los siguientes criterios de inclusión:

- a) Pacientes con dx. de EPOC
- b) Ambos sexos
- c) Que no hayan presentado exacerbación en un mes previo
- d) Que no presenten trastornos psiquiátricos
- e) Que sepan leer y escribir, escolaridad mínima, primaria

Se seleccionaron solamente los pacientes con el dx. de EPOC por parte del médico, por lo cual la técnica utilizada fue de tipo intencional, pues se incluyeron los pacientes que ya están enfermos de EPOC, para conocer sus características, las que puedan llegar a impedir el alta del paciente y para proponer un programa psicoterapéutico.

10. Escenario

El estudio se llevo a cabo en la clínica de EPOC del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias INER.

11. Instrumentos

A los pacientes diagnosticados con EPOC se les realizó una valoración psicológica aplicando una batería de pruebas psicológicas, que se describen a continuación:

- 11.1. Entrevista.- La cual sólo aportó datos generales del paciente, así como detectar antecedentes psiquiátricos.
- 11.2. Escala de Inteligencia Wechsler para adultos WAIS.
- 11.3. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE.
- 11.4. Inventario de Depresión de BECK.
- 11.5. The Hospital Anxiety and Depression Scale HAD.- Es un instrumento que pretende detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes en un ambiente médico hospitalario y clínico.
Las subescalas de ansiedad y depresión miden la severidad del desorden emocional; lo cual sugiere que la introducción de esta prueba dentro de los hospitales puede facilitar la detección y el manejo de desordenes emocionales en pacientes dentro de investigación y tratamiento médico.
- 11.6. Test proyectivo de la figura humana, Machover.
- 11.7. Test proyectivo Casa, árbol, persona, HTP
- 11.8. Tests de frases incompletas de Sacks
- 11.9. Inventario multifásico de la personalidad Minnessota MMPI (versión 1).

12. Procedimiento

Cuando el paciente ingresa a la clínica de EPOC se le proporciona una cita para una entrevista dirigida no estandarizada con la finalidad de recabar datos generales del paciente y antecedentes psiquiátricos.

La aplicación se administró por un solo examinador en dos sesiones.

En la primera sesión se aplicó la entrevista, el IDARE, HAD, BECK y frases incompletas. Además se le explicó como contestar el MMPI que se llevó a contestar a casa y lo traerá ya contestado para su segunda sesión, en donde se le aplicó el WAIS, HTP y Machover.

Los pacientes podían regresar después de unos días para conocer los resultados de la batería aplicada.

Se utilizaron los resultados de las pruebas aplicadas a los pacientes cuando ingresaron a la clínica de EPOC del INER y los de los pacientes que han sido tratados recientemente en la clínica.

13. Diseño estadístico

El análisis de los datos se llevó a cabo de forma cuantitativa a través de la incidencia de respuestas, y se presenta mediante tablas y gráficas.

Y de forma cualitativa, mediante la descripción de la identificación de problemas emocionales y de conflictos.

Los datos fueron ordenados de acuerdo a su distribución estadística y las principales medidas de dispersión son presentadas y comparadas para cada caso en tablas y gráficas.

Las principales medidas de dispersión utilizadas fueron: media, frecuencia, desviación estándar y error estándar.

En los casos pertinentes la varianza de los datos se muestra graficando el error estándar para efecto de evaluar la homogeneidad de los datos.

En ciertos casos cuando los datos así lo mostraban, sus valores fueron ordenados de acuerdo a una distribución paramétrica, es decir, en una distribución Gaussiana.

En donde para obtener la media, el error y la desviación se utilizaron las siguientes fórmulas:

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n} \quad s^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n - 1} \quad s = \sqrt{s^2} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

Las gráficas que reportan ansiedad, depresión, actitudes y rasgos de personalidad se realizaron con el resultado de las medias (\bar{x}) que muestran el promedio de los puntajes en bruto obtenidos en cada una de las pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes.

Las frecuencias se graficaron con el objeto de mostrar la cantidad de pacientes que obtuvieron cierto rasgo.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Se analizaron los puntajes obtenidos en las pruebas descritas previamente, con la intención de determinar las características y rasgos comunes entre los integrantes de la muestra.

Se grafican los promedios de los resultados que obtuvieron los pacientes en cada prueba aplicada y la frecuencia con la cual aparecen ciertas características.

En primer lugar, se realizó un análisis de frecuencias, con la finalidad de describir las características sociodemográficas de la muestra. Como puede observarse en la tabla 1, las edades estuvieron dentro de un rango de 50 a 80 años, los grupos que presentaron la mayor frecuencia fueron los de 66-70 (25%) y 71-75 (25%), seguidos por las edades de 61-65 y 56-60 (21.8% y 15.6% respectivamente). Mientras que los rangos con menos frecuencia fueron los que oscilaban entre 50-55 y 76-80 (ambos con un porcentaje de 6.25). Estos resultados tienen una media 66.5 y un error estándar de 1.

Datos sociodemográficos:

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
50-55	2	6.25
56-60	5	15.6
61-65	7	21.8
66-70	8	25
71-75	8	25
76-80	2	6.25
TOTAL	32	100

Tabla 1. Distribución de grupos de edad.

En la tabla 2 se presenta la frecuencia de mujeres y hombres. El 28.12% correspondió al sexo femenino y el 71.87% al sexo masculino.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mujeres	9	28.12
Hombres	23	71.87
TOTAL	32	100

Tabla 2. Descripción de sexo

La escolaridad de cada uno de los participantes de este estudio se observan en la tabla 3. Como se puede ver el mayor porcentaje de escolaridad lo tienen las personas con licenciatura (31.25%) seguido de las personas con nivel medio superior y primaria (25% respectivamente). Los menores porcentajes son para las personas con secundaria y posgrado (15.6 y 3.1 respectivamente).

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	8	25
Secundaria	5	15.6
Niv.Medio Superior	8	25
Licenciatura	10	31.25
Posgrado	1	3.1
TOTAL	32	100

Tabla 3. Descripción de escolaridad

En la figura 1 se muestran los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba de inteligencia WAIS de los sujetos diagnosticados con EPOC utilizados para este estudio.

Diagnóstico del C.I. obtenido mediante la prueba WAIS

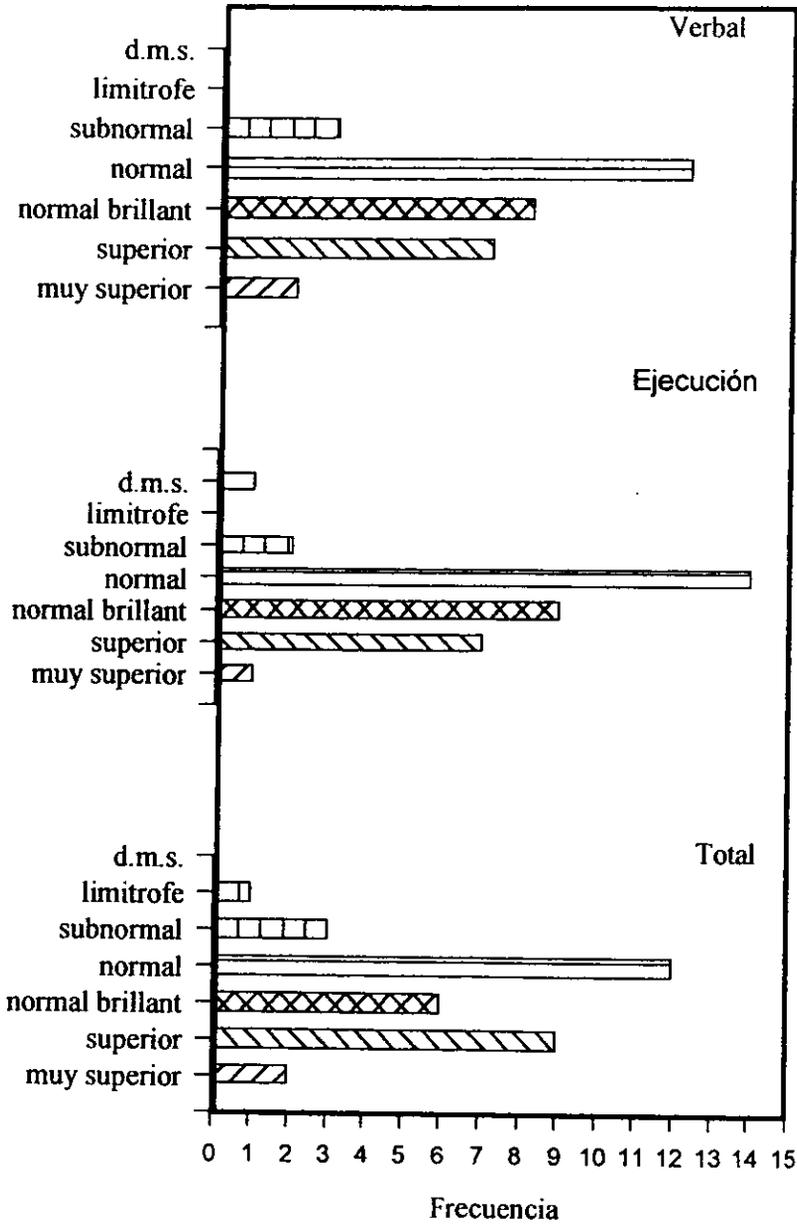


FIGURA 1. Resultados del WAIS de los pacientes con EPOC.

Idare

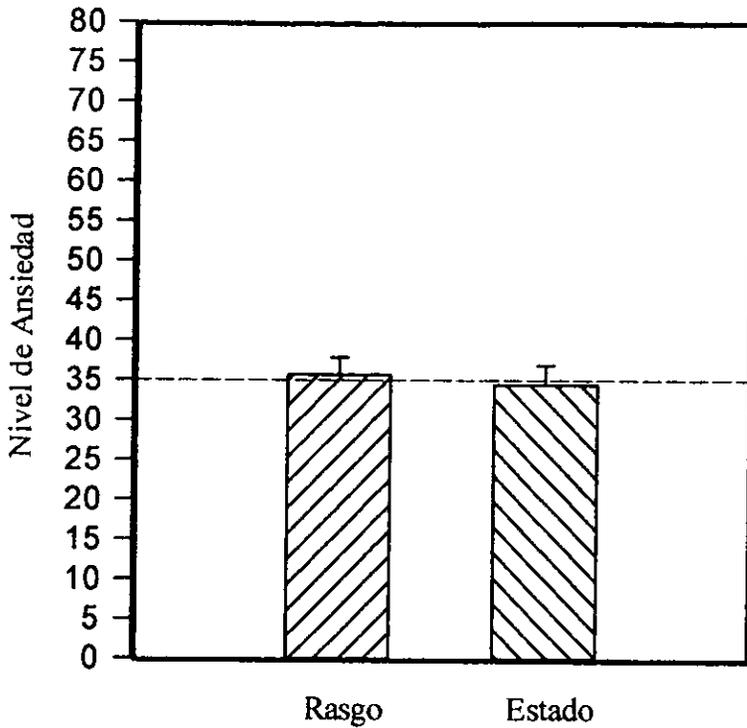


FIGURA 2. Nivel de Ansiedad tanto rasgo como estado.

En la figura 2 se presenta en el eje de las abcisas las dos dimensiones distintas de la ansiedad, la llamada ansiedad rasgo y la llamada ansiedad estado y en el eje de las ordenadas el nivel de ansiedad que obtuvieron los 32 pacientes diagnosticados con EPOC.

En esta figura se muestra que conforme a los puntajes, los sujetos tienen una ansiedad rasgo leve ya que de 36 puntos a 45 corresponde este nivel de ansiedad, y una ansiedad estado normal que corresponde a 35 puntos o menos.

Por lo que podemos observar al momento de la aplicación de esta prueba los pacientes no muestran una ansiedad manifiesta en ninguna de las dos dimensiones medidas.

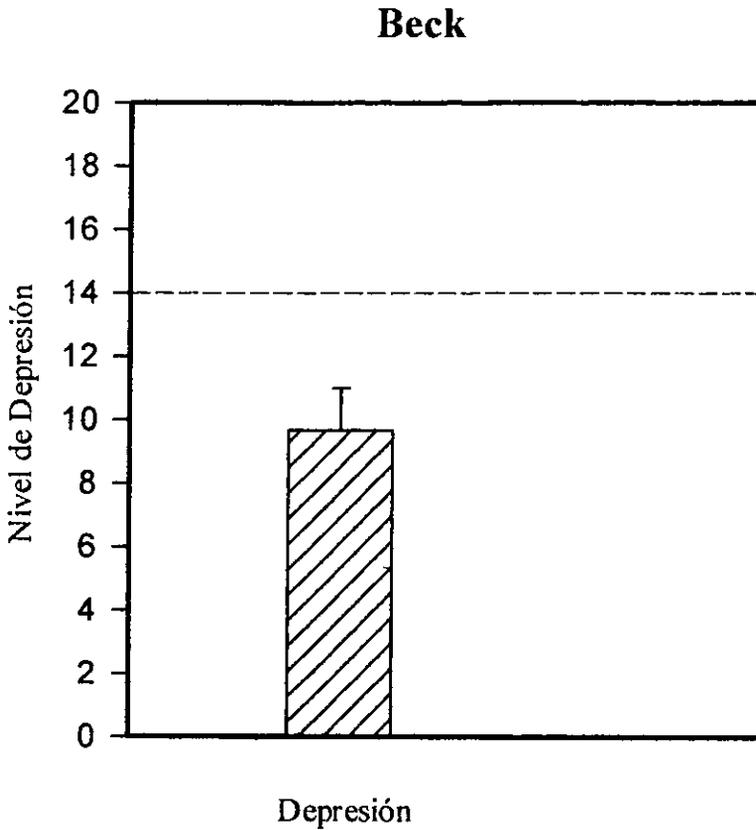


FIGURA 3. Presencia o ausencia de depresión en pacientes con EPOC.

Otra prueba que se aplicó para determinar la presencia de síndromes depresivos fue el Beck (fig. 3). Con 14 puntos o más se indica la presencia del síndrome y con menos de 14 puntos su ausencia. La gráfica muestra ausencia de este síntoma.

En la figura 3 se muestra en el eje de las abscisas el síntoma depresión, y en el eje de las ordenadas el puntaje obtenido por los pacientes.

HAD

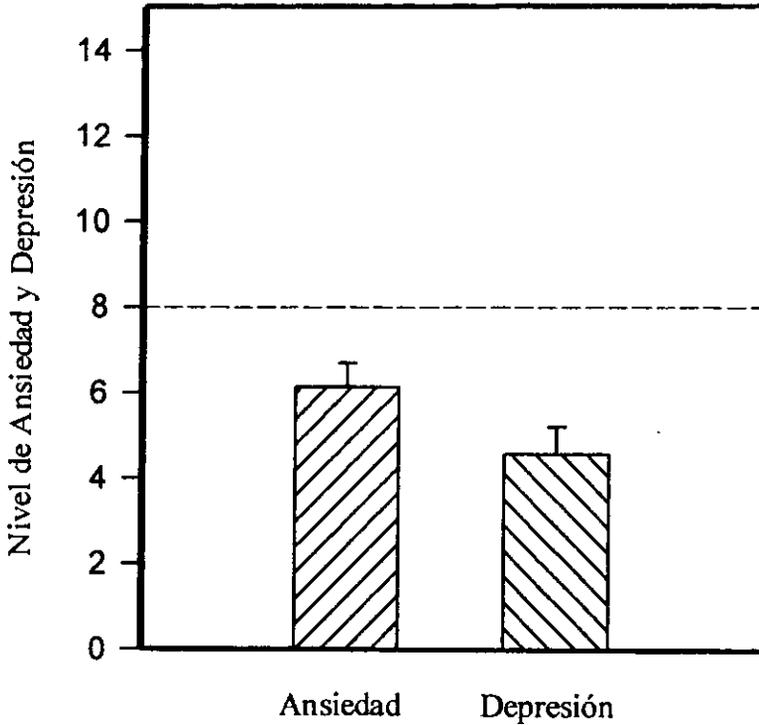


FIGURA 4. Presencia o ausencia de ansiedad y/o depresión de los pacientes diagnosticados con EPOC.

En la figura 4 se presenta en el eje de las abcisas dos rasgos emocionales ansiedad y depresión respectivamente y en el de las ordenadas el puntaje (promedio) obtenido por los pacientes, que indica el nivel encontrado en ambos estados.

Para que se detecte la presencia de estos desordenes los pacientes tienen que alcanzar un puntaje de 8 a 12 puntos.

Se puede observar en la gráfica que ambas escalas no alcanzan el puntaje mínimo que 8, así se demuestra la ausencia de depresión y/o ansiedad.

En las siguientes tablas y gráficas podemos observar la frecuencia de características poco usuales que puedan ser signos de patología o de potencial para la patología, en los dibujos realizados por los pacientes en las pruebas Machover y HTP. El resto de los pacientes realizaron los dibujos con los detalles esenciales y sin características inusuales.

Test de Machover

En las siguientes tablas 4a, 4b, 4c y 4d y gráficas 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 podemos observar la frecuencia de los elementos o símbolos encontrados en cada uno de los dibujos de figura humana de la prueba grafoproyectiva Machover de los 32 pacientes con EPOC.

Se dividieron de acuerdo a los elementos de las 3 zonas básicas del cuerpo:

1. Cabeza

2. Tronco; que nos indica poder físico y

3. De la cintura para abajo; que indica impulsos sexuales.

Y por último en detalles importantes como otras partes del cuerpo, ropa, tamaño y perspectiva.

Tabla 4a. Cabeza y Rasgos faciales

SIMBOLO	FRECUENCIA	FRECUENCIA
	FIGURA MASCULINA	FIGURA FEMENINA
Cabeza redonda con orejas destacadas	2	2
Cabeza grande	6	7
Rasgos faciales omitidos	1	0
Rasgos faciales destacados	9	9
Frentes altas	8	3
Boca enfatizada	5	3
Boca concava o receptiva	13	11
Labios gruesos	2	6
Quijada prominente	6	6
Ojos enfatizados	8	16
Pupilas pequeñas/ojos vacíos	8	7
Cejas destacadas	3	3
Cejas bien arregladas	2	3
Orejas enfatizadas	8	2
Orejas omitidas	11	16
Cabello desordenado	8	10

Cabello omitido	1	2
Nariz enfatizada	9	10
Cuello largo y delgado	0	3
Cuello corto u omitido	15	10

4b. Tronco, brazos y manos

SIMBOLO	FRECUENCIA	FRECUENCIA
	FIGURA MASCULINA	FIGURA FEMENINA
Tronco omitido	3	2
Tronco redondeado	6	19
Tronco anguloso	12	4
Hombros destacados	4	5
Hombros borrados o reforzados	0	1
Senos sombreados o borrados	0	1
Brazos pegados al cuerpo	2	2
Brazos afuera	21	19
Brazos omitidos	3	3
Manos omitidas, contornos imprecisos u oscurecidas	11	10
Manos detrás de la espalda	5	4
Dedos sin manos	6	7
Dedos cortos y redondos	5	8
Dedos como lanzas	3	3

4c. De la cintura para abajo

SIMBOLO	FRECUENCIA	FRECUENCIA
	FIGURA MASCULINA	FIGURA FEMENINA
Línea de la cintura	21	16
Piernas omitidas	2	4
Piernas pequeñas y delgadas	6	14
Pies omitidos	7	7
Caderas destacadas	0	2

4d. Otras zonas de cuerpo y detalles

SIMBOLO	FRECUENCIA	FRECUENCIA
	FIGURA MASCULINA	FIGURA FEMENINA
Organos internos	0	0
Articulaciones	0	2
Ropa escasa	10	6
Mucha ropa y adornos	3	13
Botones	10	2
Bolsillos	1	1
Corbata	2	0
Zapatos con borraduras o sombras	9	1
Sombrero	0	0
Figura tamaño pequeño	3	4
Perspectiva: perfil o perfil con mezcla de frente	17	9

Cabeza y Rasgos Faciales Machover Figura Masculina

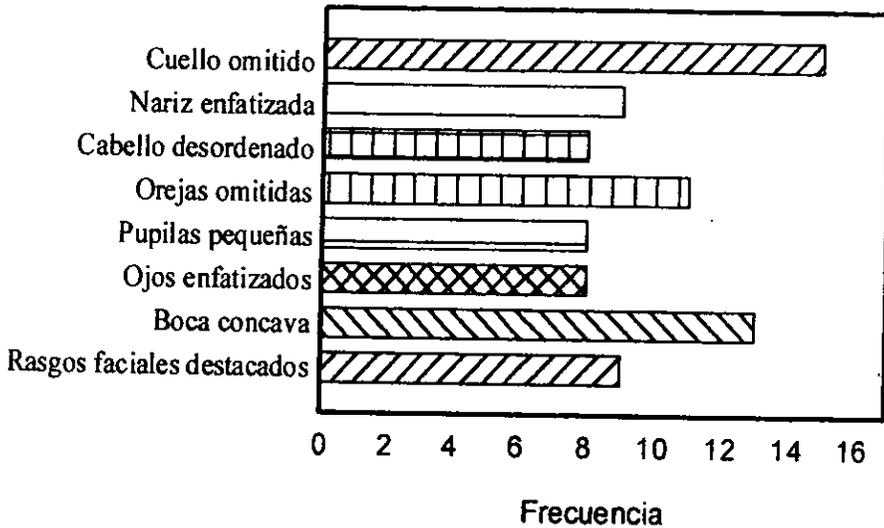


FIGURA 5. Elementos y símbolos de la cabeza y Rasgos faciales en la figura masculina de la prueba de figura humana Machover.

En la figura 5 se presenta en el eje de las abcisas la frecuencia con la que se presentan los símbolos y elementos de la figura masculina del Machover y en eje de las ordenadas se especifican las características más usuales. Se pueden observar los elementos que con mayor frecuencia aparecen en los dibujos. El símbolo con mayor frecuencia dibujado es cuello omitido y le continua boca concava y las orejas omitidas.

Cabeza y Rasgos Faciales Machover Figura Femenina

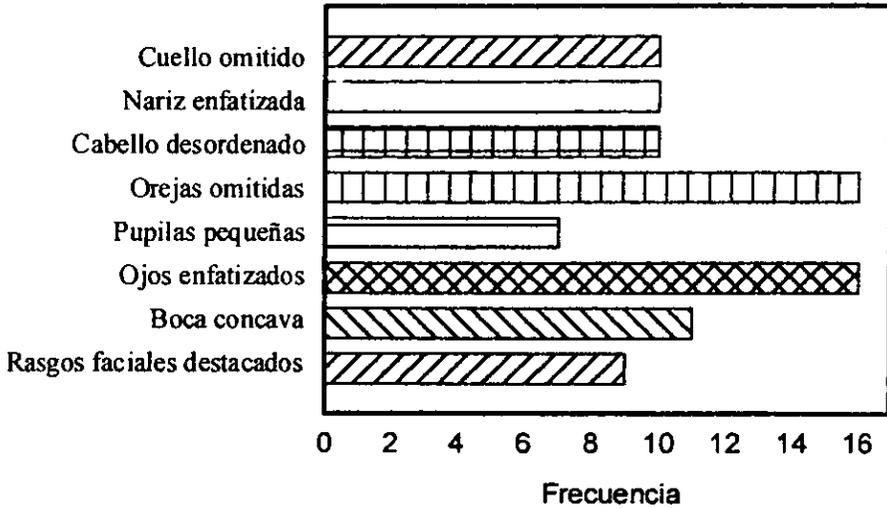


FIGURA 6. Elementos y símbolos de la cabeza y Rasgos faciales en la figura femenina de la prueba de figura humana Machover.

En la figura 6 se presenta en el eje de las abscisas la frecuencia de los símbolos y elementos de la figura femenina del Machover y en el eje de las ordenadas las características más usuales. Como se pueden observar los elementos que con mayor frecuencia aparecen en los dibujos son: orejas omitidas, ojos enfatizados siguiendo en orden decreciente boca concava.

Tronco, brazos y manos
Machover Figura Masculina

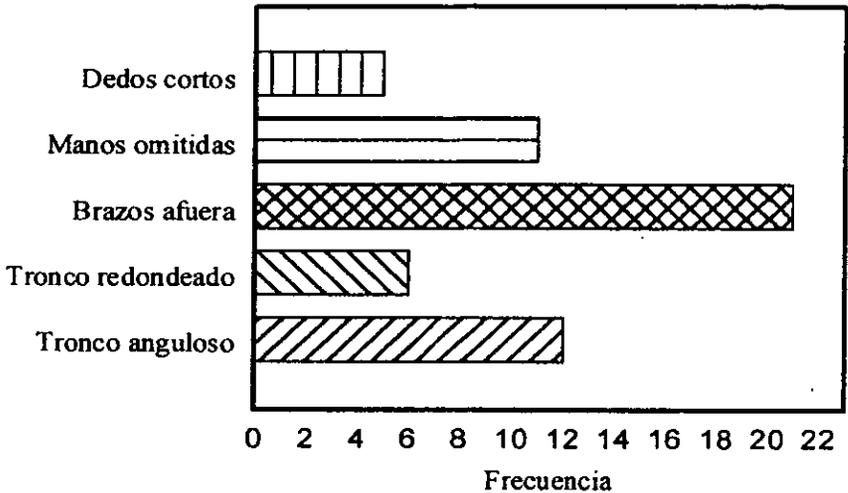


FIGURA 7. Elementos y símbolos del tronco, brazos y manos en la figura masculina de la prueba de figura humana Machover.

En la figura 7 se presenta en el eje de las abcisas la frecuencia de los símbolos y elementos de la figura masculina del Machover y en eje de las ordenadas los elementos más usuales.

Se puede observar que los elementos que aparecen mayor frecuencia son los brazos afuera seguidos de tronco anguloso y manos omitidas que tienen una frecuencia similar.

Tronco, brazos y manos Machover Figura Femenina

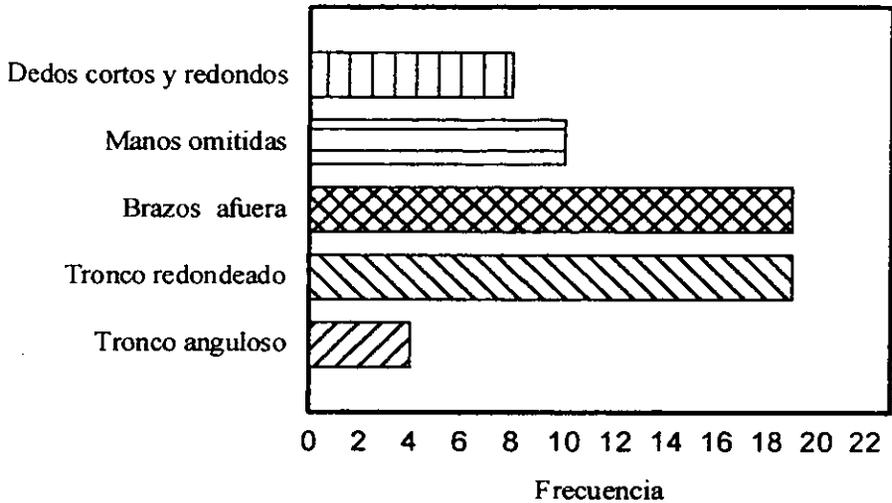


FIGURA 8. Elementos y símbolos del tronco, brazos y manos en la figura femenina de la prueba de figura humana Machover.

En la figura 8 se presenta en el eje de las abscisas la frecuencia de los símbolos y elementos de la figura femenina del Machover y en el eje de las ordenadas los elementos más usuales. Como se puede observar los elementos más frecuentes son brazos afuera y tronco redondeado con una frecuencia similar, seguidos de manos omitidas y dedos cortos y redondos.

Cintura para abajo Machover Figura Masculina

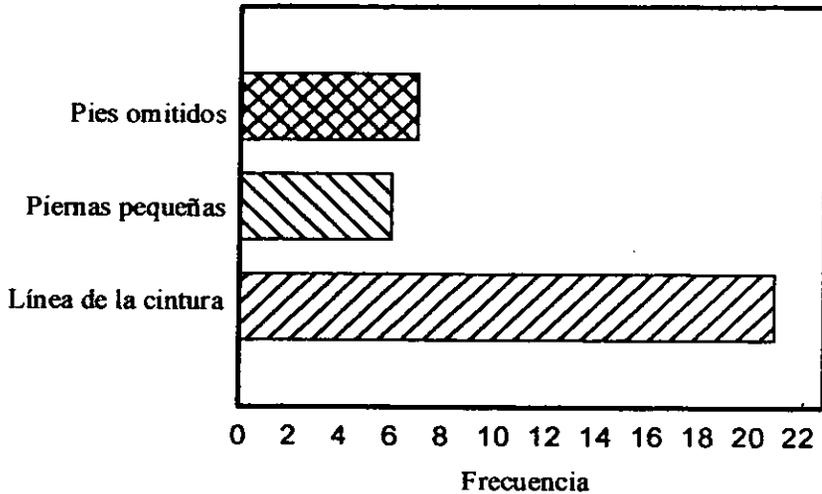


FIGURA 9. Elementos y símbolos de la cintura para abajo en la figura masculina de la prueba de figura humana Machover.

En la figura 9 se presenta la frecuencia con la que se dibujaron la línea de la cintura, piernas pequeñas y delgadas y pies omitidos. En el eje de las abcisas se presenta la frecuencia y en el eje de las ordenadas los elementos previamente descritos.

Como se puede observar la línea de la cintura se dibujo frecuentemente y de manera similar las piernas pequeñas y los pies omitidos.

Cintura para Abajo Machover Figura Femenina

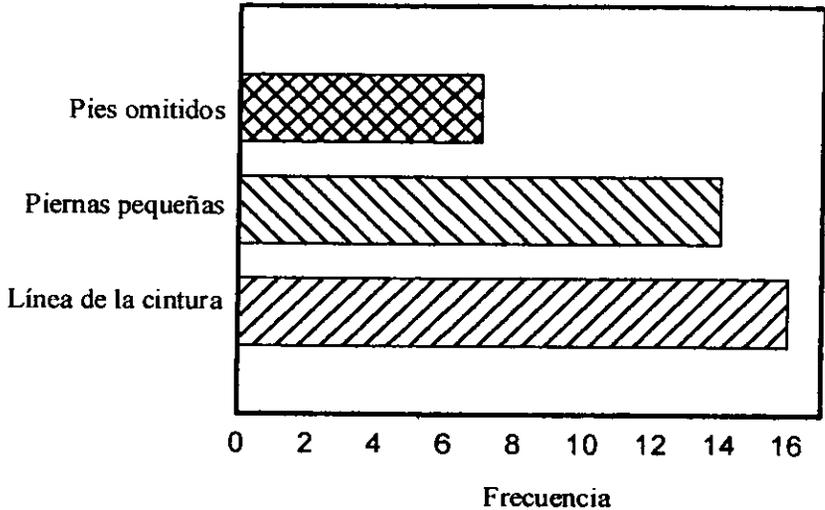


FIGURA 10. Elementos y símbolos de la cintura para abajo en la figura femenina de la prueba de figura humana Machover.

En la figura 10 se presenta la frecuencia de los elementos línea de la cintura, piernas pequeñas y delgadas y pies omitidos. En el eje de las abscisas se presenta la frecuencia y en el eje de las ordenadas los elementos previamente descritos.

Como se puede observar la línea de la cintura se dibujó frecuentemente pero a diferencia del dibujo de la figura masculina las piernas pequeñas se dibujaron con mas frecuencia seguidos de pies omitidos.

Otras zonas y detalles Machover Figura Masculina

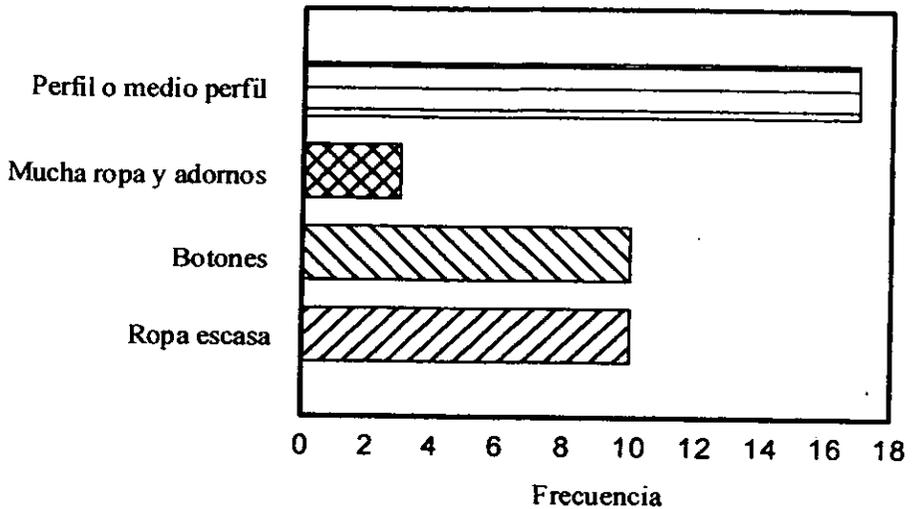


FIGURA 11. Elementos y símbolos de otros detalles en la figura masculina de la prueba de figura humana Machover.

En la figura 11 se presentan otros detalles dibujados con frecuencia en la figura masculina. En el eje de las abscisas se presenta la frecuencia de los elementos y en el eje de las ordenadas la perspectiva del dibujo y detalles de la ropa.

Como se puede observar con mayor frecuencia se encuentran los dibujos realizados de perfil o una mezcla de perfil con el cuerpo de frente, seguidos de ropa escasa y la presencia de botones.

Otras zonas y detalles Machover Figura Femenina

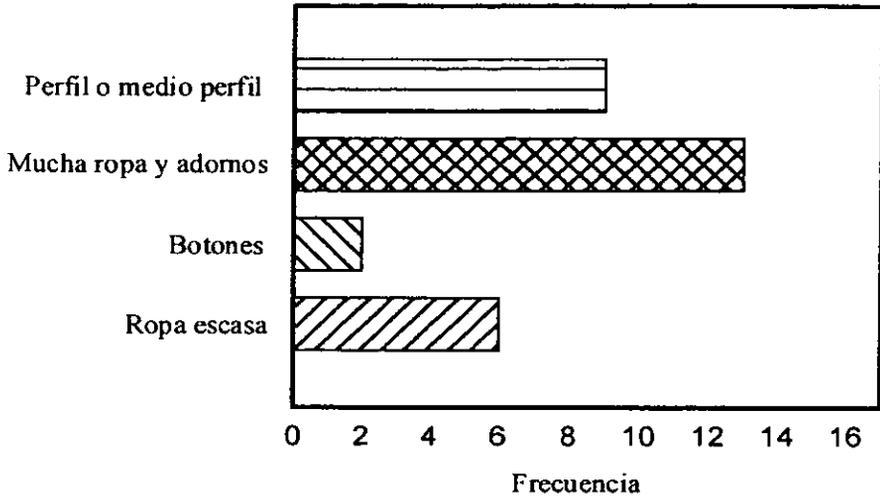


FIGURA 12. Elementos y símbolos de otros detalles en la figura femenina de la prueba de figura humana Machover.

En la figura 12 se presentan otros detalles dibujados con frecuencia en la figura femenina. En el eje de las abscisas se presenta la frecuencia de los elementos y en el eje de las ordenadas la perspectiva y detalles de la ropa.

Como se puede observar en el dibujo de la figura femenina se presenta con mayor frecuencia mucha ropa y adornos y también algunos pacientes realizaron el dibujo de perfil o medio perfil.

Test HTP

En las siguientes tablas 5a, 5b, 5c, 6a, 6b, 6c, 7a, 7b y 7c y gráficas 13, 14 y 15 podemos observar las frecuencias de los elementos o símbolos encontrados en cada uno de los dibujos de la prueba grafoproyectiva HTP de los 32 pacientes con EPOC.

Se dividieron en:

1. Proporción y perspectiva.
2. Detalles esenciales, y
3. Detalles irrelevantes.

CASA

Tabla 5a. Proporción y Perspectiva.

ELEMENTO	FRECUENCIA
Distorsiones	1
Grande	3
Pequeña	7
Simetría excesiva	1
Ubicación izquierda	0
Ubicación derecha	0
Ubicación central	18
Porción superior izquierda	5
Porción inferior	1
Rotación de la hoja	14
Borde del papel inferior	0
Borde del papel superior	7
Borde impide que se complete el dibujo	0
Visto desde arriba	3
Visto desde abajo	0
Visto a distancia	6
Dibujo de espaldas	0
Línea base	8
Transparencias	0

Tabla 5b. Detalles esenciales

ELEMENTO	FRECUENCIA
Detalles excesivos	4
Carencia de detalles	7
Antropomórficos	3
Chimenea énfasis	1
Chimenea omitida	22
Chimenea en ángulo	2
Puerta ausente	2
Puerta grande	2
Puerta cerrada	7
Puerta pequeña	16
Techo enfatizado	4
Techo en una sola línea	5
Muros delgados	1
Muros enfatizados	2
Muros ausentes	0
Verticalidad	3
Ventanas numerosas	11
Ventanas enfatizadas	6

Tabla 5c. Detalles no esenciales

ELEMENTO	FRECUENCIA
Cortinas enfatizadas	2
Canaletas enfatizadas	5
Contraventanas cerradas	1
Nubes	2
Montafías	1
Escalones y caminos largos	6
Arbustos excesivos	5
Como plano	0

ARBOL

Tabla 6a. Proporción y Perspectiva

ELEMENTO	FRECUENCIA
Grande	16
Pequeño	4
Distorsiones	1
Ubicación izquierda	0
Ubicación derecha	0
Ubicación central	19
Borde superior	8
Borde superior izquierdo	5
Borde inferior	0
Rotación	3
Cayendo	0
Borde impide que se complete el dibujo	1
Visto desde arriba	0
Visto desde abajo	1
Visto desde lejos	0
Vista lateral	0
Línea base	19
Transparencias	0
Movimiento	0

6b. Detalles esenciales

ELEMENTO	FRECUENCIA
Detalles excesivos	0
Detalles carentes	11
Ramas omitidas	0
Ramas excesivas	9
Ramas muy altas	0
Ramas como envueltas en algodón	4
Raíces en espejo	0

Copa en forma de nube	10
Copa garabateada	16
Copa aplanada	0
Línea base, árbol como en una depresión.	0
En una colina	3
Copa en forma de ojo de cerradura	5
Tronco / base amplia	7
Tronco grande	7
Cicatrices	15
Unidimensional	0
Animales	0
Enfasis vertical	4
Base angosta	0
Tipo frutal o de Navidad	2
Movido por el viento	0

6c. Detalles no esenciales

ELEMENTO	FRECUENCIA
Corteza enfatizadaa	2
Meticulosidad	0
Hojas desprendidas	1
Raíces omitidas	17
Enredaderas	0
Fruta	0
Nubes	0
Arbustos excesivos	0

PERSONA

Tabla 7a. Proporción y Perspectiva

ELEMENTO	FRECUENCIA
Grande	3
Pequeña	6
Ubicación izquierda	6
Ubicación derecha	0
Ubicación central	18
Ubicación superior	4
Ubicación superior izquierda	3
Ubicación inferior	5
Rotación	2
Borde impide que se complete el dibujo	0
Visto desde arriba	0
Visto desde abajo	0
Visto a distancia	0
De perfil o mezcla de perfil con vista de frente	15
Línea base	1
Transparencias	3
Movimiento	7
Cayendo	1
Lateral	0
Postura grotesca	5

Tabla 7b. Detalles esenciales

ELEMENTO	FRECUENCIA
Detalles excesivos	1
Detalles carentes	2
Cabeza grande	6
Cabeza pequeña	1
Rasgos faciales omitidos	0
Rasgos faciales enfatizados	2
Ojos enfatizados	8
Ojos omitidos o cerrados	3
Pupilas omitidas	4
Orejas enfatizadas	2
Boca enfatizada	1
Boca omitida	0
Dientes	0
Nariz enfatizada	9
Brazos enfatizados	3
Brazos omitidos o escondidos	2
Torso y cuerpo omitidos	2
Seno	1
Línea media vertical	0
Hombros enfatizados	6
Piernas omitidas o cortadas	10
Piernas juntas	1
Piernas separadas	16
Piernas flotando	1
Ropa demasiada o poca	18
Enfasis en los botones	7
Genitales dibujados	0
Pies omitidos	6
Cabello enfatizado u omitido	7
Manos enguantadas u omitidas	13
Dedos como pétalos	7
Cuello enfatizado	6
Cuello omitido	7
Mismo sexo del sujeto que realiza el dibujo	26
Cintura estrecha enfatizada	9

7c. Detalles irrelevantes

ELEMENTO	FRECUENCIA
Bastones, espadas, armas.	0

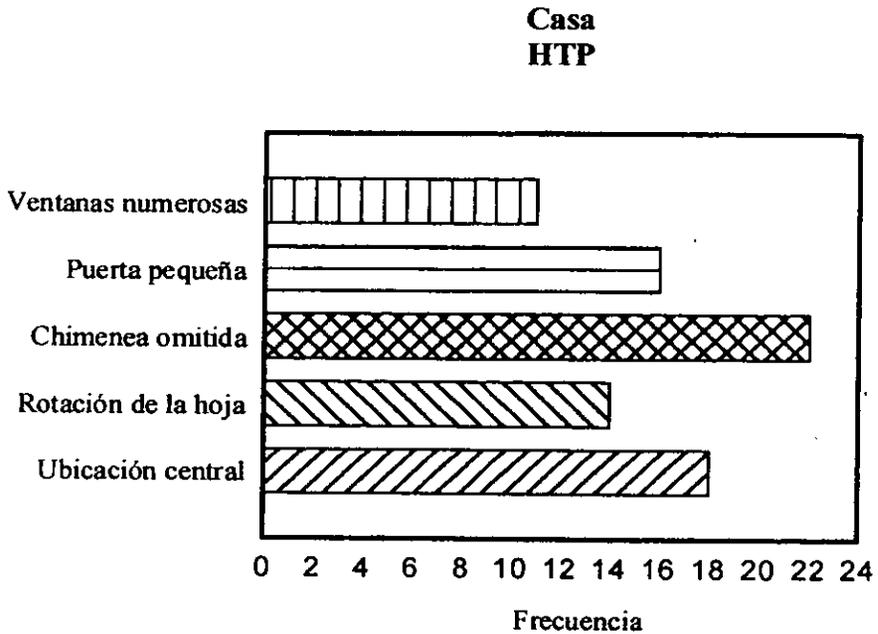


FIGURA 13. Símbolos más usuales de la casa dibujada por los pacientes con EPOC en la prueba HTP.

Los símbolos y elementos dibujados con mayor frecuencia en la casa de la prueba HTP se presentan en la figura 13, así como detalles importantes del dibujo.

Esta figura presenta en el eje de las abscisas la frecuencia y en el eje de las ordenadas los elementos dibujados con mayor frecuencia y la ubicación del dibujo. Como se puede observar el dibujo se realizó frecuentemente en la parte central de la hoja y algunos pacientes

rotaron la hoja para hacer el dibujo, el elemento con mayor frecuencia es la chimenea omitida seguido de puerta pequeña y numerosas ventanas.

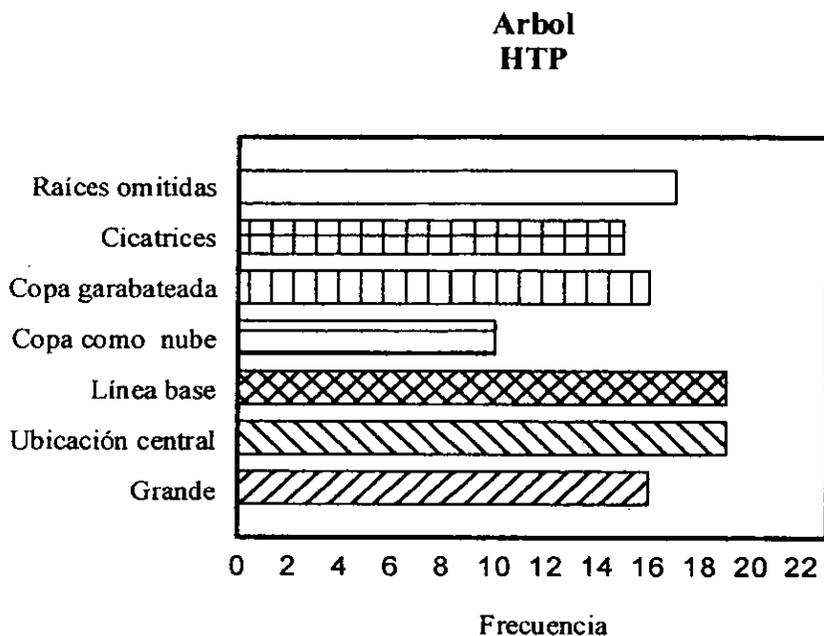


FIGURA 14. Símbolos más usuales del árbol dibujado por los pacientes con EPOC en la prueba HTP.

En la figura 14 se presentan los símbolos y elementos frecuentes en el árbol de la prueba HTP así como detalles importantes del dibujo.

En el eje de las abscisas se presenta la frecuencia y en el eje de las ordenadas los elementos del dibujo con mayor frecuencia, ubicación y tamaño del dibujo.

Como se puede observar con mayor frecuencia se dibujó una línea base y el árbol se dibujo la parte central de la hoja.

El árbol con frecuencia es grande, omitieron las raíces y la copa garabateada.

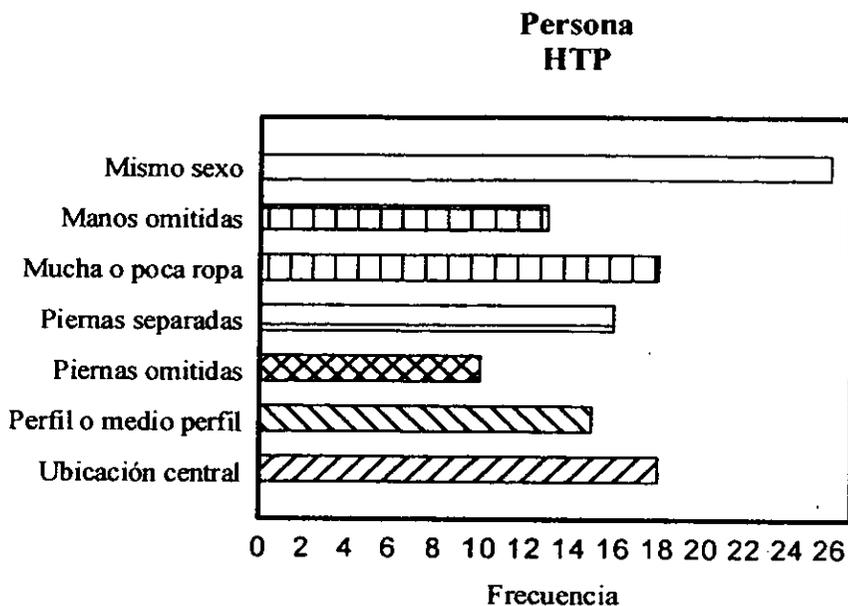


FIGURA 15. Símbolo más usuales de la persona dibujada por los pacientes con EPOC en la prueba HTP.

Los símbolos y elementos dibujados con mayor frecuencia en la persona de la prueba HTP se presentan en la figura 15, así como la perspectiva y ubicación del dibujo.

En el eje de las abscisas se presenta la frecuencia y en el eje de las ordenadas los elementos dibujados con mayor frecuencia, ubicación y perspectiva.

Como se puede observar la mayoría de los pacientes dibujaron a la persona de su mismo sexo, con mucha o poca ropa seguido de piernas separadas.

De perfil o medio perfil y ubicaron el dibujo en la parte central de la hoja.

Frases Incompletas

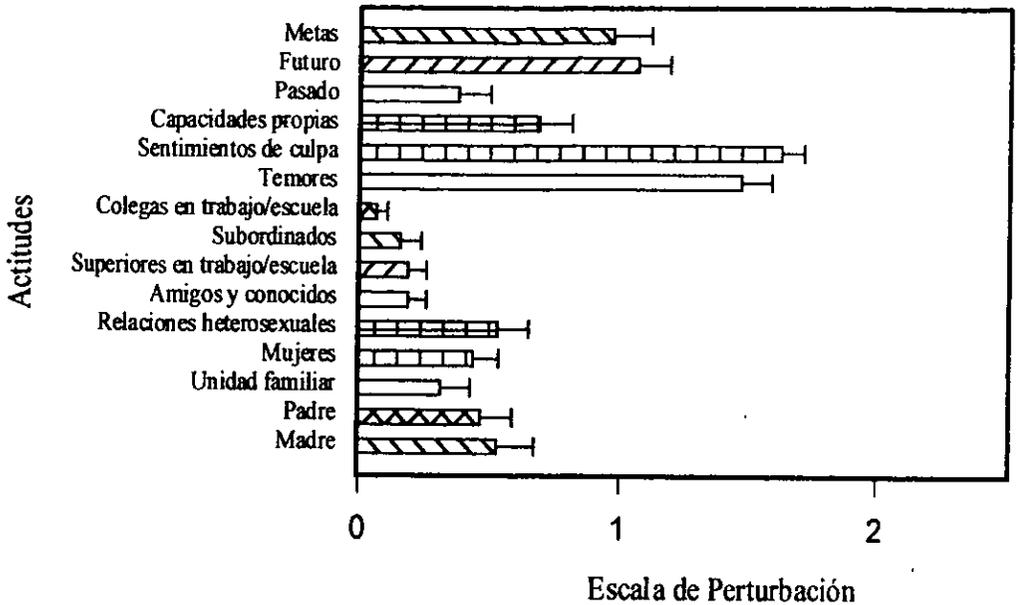


FIGURA 16. Grado de perturbación de diferentes áreas de relaciones interpersonales.

En la figura 16 se presenta en el eje de las abscisas la escala de perturbación y en el eje de las ordenadas se especifican las actitudes hacia diversas áreas de relaciones interpersonales y de adaptación.

La perturbación se gradúa con: 0, ningún trastorno; 1, levemente perturbado y 2, seriamente perturbado.

Como se puede observar las actitudes más perturbadas y de mayor frecuencia fueron sentimientos de culpa y temores, le siguieron en frecuencia el futuro y metas, lo que nos puede indicar mayor conflicto en el concepto de sí mismo.

MMPI

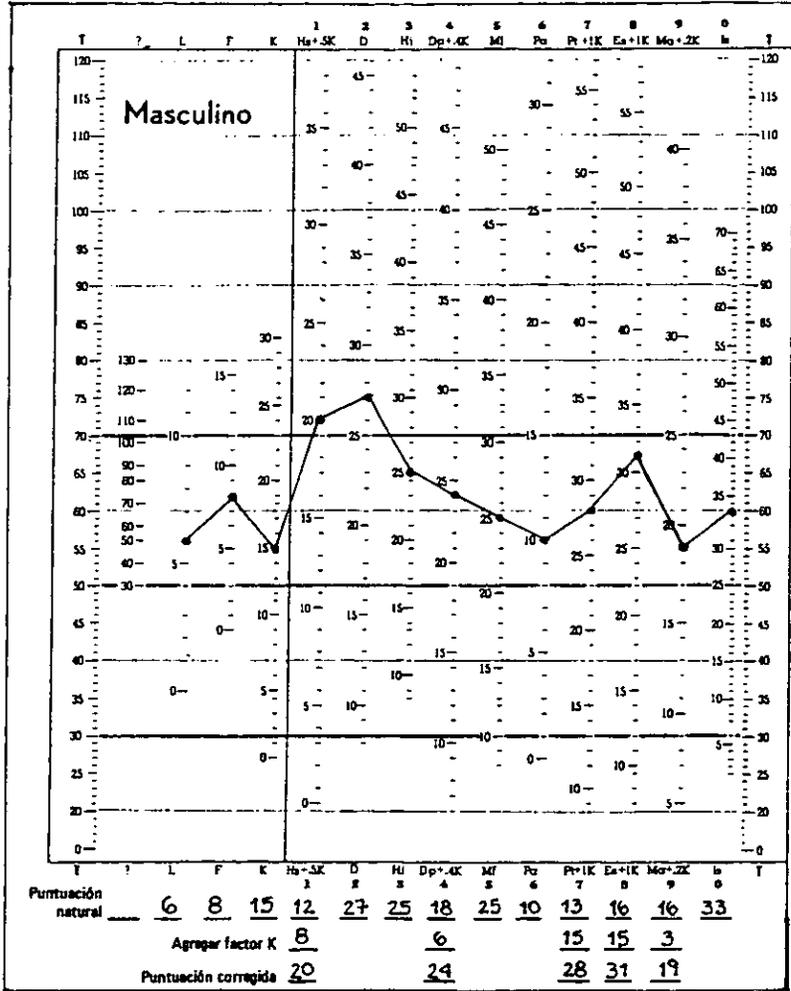


FIGURA 17. Resultados del MMPI de los pacientes hombres con EPOC.

En la figura 17 se presenta en el eje de las abscisas las diferentes escalas que mide el MMPI junto con las puntuaciones naturales y en el eje de las ordenadas los puntajes T, que indican el grado de patología.

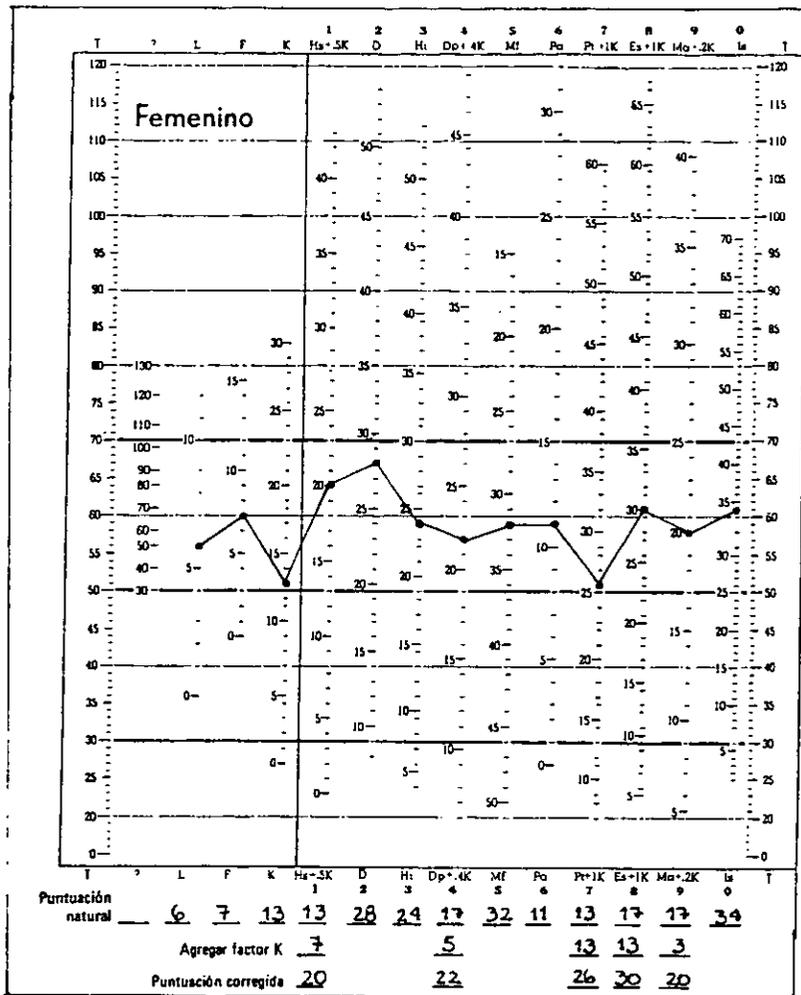


FIGURA 18. Resultados del MMPI de las pacientes mujeres con EPOC.

En la figura 18 se presenta en el eje de las abscisas las diferentes escalas que mide el MMPI junto con las puntuaciones naturales y en el de las ordenadas los puntajes T, que indican el grado de patología.

Podemos observar que la escala que obtuvo la mayor puntuación para la mayoría fue la de depresión (D) seguida de la escala de hipocondría (Hs).

El perfil para este grupo sugiere que la persona sufre de depresión combinada con ansiedad y problemas somáticos.

En la gráfica 17 que muestra los resultados obtenidos por los hombres la escala 2 (D) es la más elevada por arriba de T 70, también la 1 (Hs) pero con una puntuación inferior a la 2.

En la gráfica 18 que muestra los resultados de las mujeres la escala 2 (D) es la más elevada seguida de la escala 1 (Hs) pero se encuentran por debajo de T 70.

Lo que sugiere que la proporción de los problemas es grave para los hombres y moderada para las mujeres.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los resultados de las valoraciones psicológicas, grafoproyectivas y la información recopilada de la entrevista y acercamiento con los pacientes durante la aplicación de las pruebas se llegó a conocer en qué estado emocional se encontraban los pacientes al momento de llegar por primera vez a la clínica de EPOC, igualmente se describieron los rasgos de personalidad, características del ambiente familiar, etc.

De las pruebas psicológicas aplicadas se obtuvieron los resultados y se graficaron los promedios para reconocer que estados emocionales aparecían y con que nivel.

El tipo de análisis también se realizó con base en la frecuencia con que aparecían ciertas características evaluadas, como rasgos de personalidad o actitudes hacia diversas áreas, lo que significa que en las gráficas se mostraron las frecuencias e incidencia de las distintas características psicológicas.

Al analizar los datos sociodemográficos de la entrevista y de las evaluaciones psicológicas, se observó, en primer lugar, que el promedio de edad fue de 66 años.

La escolaridad varió entre la primaria como mínimo y posgrado como máximo.

El nivel de escolaridad además tiene correlación con respecto a la habilidad que muestran los pacientes para realizar trazos mejor elaborados, añadir detalles importantes y significativos a los dibujos y comprender rápidamente las instrucciones de las pruebas.

En lo que respecta al género la mayor parte de la muestra utilizada correspondió al sexo masculino.

En primera instancia se analizó la habilidad intelectual, como se observó en la figura 1, la capacidad intelectual de los pacientes de esta muestra en esos momentos se encontró rindiendo dentro de los límites de normalidad o superior al término medio.

En la parte superior de la gráfica se presenta el coeficiente intelectual de la escala verbal, en la parte intermedia los que corresponden a la escala de ejecución y en la parte inferior los

resultados totales, en el eje de las abscisas se muestra la frecuencia con que aparecieron los diagnósticos de capacidad de inteligencia.

Como se puede observar, en la escala verbal los pacientes presentaron un desempeño normal. En la escala de ejecución los pacientes tuvieron la misma calificación y aumentó un poco la frecuencia con que se describe a los pacientes como normales, la frecuencia de las categorías normal brillante y superior se mantuvo más o menos constante en ambas escalas.

En la parte inferior se puede apreciar que en promedio se contó con una muestra cuyo coeficiente intelectual corresponde a la inteligencia normal y por muy poco menos a la superior.

Se analizaron en seguida los niveles de ansiedad, tanto rasgo como estado, obtenidos en el IDARE, debe tomarse en cuenta que al momento de iniciar la evaluación con la prueba que mide ansiedad el paciente acaba de terminar con la aplicación de otras pruebas, las de funcionamiento respiratorio, se le toman muestras de sangre, etc. De hecho el paciente reporta en este momento sentirse bien, pero un poco nervioso por las pruebas hechas por el médico y personal del hospital, así que se podría esperar que estas sensaciones fueran mostradas sobre todo en los resultados de la escala A-Estado pero no fue así, los pacientes no muestran calificaciones altas en esta escala ni en la escala de A-Rasgo. Entendiendo que la ansiedad estado es una condición emocional transitoria del organismo humano y la ansiedad rasgo una diferencia individual, relativamente estable, en la propensión a la ansiedad en situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la ansiedad estado.

En la gráfica 2 se muestra una línea horizontal que parte del número 35 del eje de las ordenadas, esta línea indica que 35 puntos o menos obtenidos en esta prueba corresponden a un nivel normal de ansiedad.

Las calificaciones promedio de la escala de A-Rasgo son un poco mas altas, 36 puntos indican ansiedad leve.

La gráfica 3 muestra los resultados del inventario de depresión de Beck, indica ausencia de depresión, un puntaje de 14 marcado con la línea horizontal, indica que por debajo de este puntaje no hay depresión.

En la gráfica 4 se muestran los resultados de niveles de ansiedad y depresión del HAD, el punto de corte es de 8 marcado con la línea horizontal, arriba de este puntaje se considera presencia de estos padecimientos, las calificaciones para ambas escalas no sobrepasan este nivel.

A la luz de lo anterior, vemos que los pacientes no están deprimidos ni ansiosos.

Elementos formales presentados con mayor frecuencia en las pruebas grafoproyectivas (HTP y Machover) por los 32 pacientes con diagnóstico de EPOC.

En los dibujos nuestros pacientes mostraron como factores individuales cómo la misma enfermedad y la edad cronológica actúan sobre el psiquismo de forma negativa, sumiéndolos en situaciones psicopatológicas.

Las características fisiológicas y patológicas de los pacientes con EPOC que además pertenecen a la tercera edad hacen que estas personas se conviertan a menudo en unos enfermos difíciles y poco atractivos para la sociedad e incluso para el personal sanitario, provocando una reacción mayor de psicopatologías como problemas de carácter, reflejados en su conducta sobre todo en lo que les disgusta. En los dibujos se observó que en general los pacientes son malhumorados y evasivos, defensivos, rígidos, perciben un ambiente tenso y tienen sentimientos de rechazo.

La mayoría de los dibujos se encuentran ubicados en la parte central o superior de la hoja.

Los dibujos de la casa son de tamaño normal, no son muy diminutos ni grandes, simétricos con pocas borraduras. La mayoría de los pacientes rotaron la hoja para hacer su dibujo. En relación con el observador se pueden observar algunos dibujos vistos a distancia o desde arriba.

La puerta es pequeña y cerrada, las ventanas están enfatizadas, cerradas y numerosas, omiten dibujar la chimenea, dibujan detalles como arbustos, nubes, caminos, cercas, sin ser excesivos ni extravagantes. La calidad de la línea es fragmentada, mixta (débil y recargada), doble.

El tamaño de los dibujos del árbol es normal o grande, simétricos, con pocas borraduras.

Con línea base, copa garabateada y en forma de nube, tronco grande con una base amplia y cicatrices, omiten las raíces.

Línea fragmentada, débil y doble.

La persona es en la proporción en relación de la imagen/tamaño de la forma, de tamaño normal, en la relación imagen/simetría, simétrica y con pocas borraduras.

Algunos pacientes dibujaron a la persona completamente de perfil o con una mezcla de perfil con vista de frente.

En los rasgos faciales se pueden observar ojos enfatizados o vacíos con una mirada amenazante y agresiva, generalmente en el dibujo que corresponde a la figura femenina, frentes altas, omisión de las orejas, boca concava, abierta o receptiva, nariz enfatizada; el cuello o lo enfatizan o lo omiten; énfasis del cabello, cabello desordenado; brazos afuera; manos omitidas o dibujadas detrás de la espalda; dedos sin manos cortos y redondos, en forma de pétalos; tronco redondeado para la figura femenina y anguloso para la masculina; línea de la cintura indicada a veces como una representación de ropa, la mitad de los sujetos dibujaron las ropas con pobres o escasas señales, y la otra mitad dibujaron adornos y mucha ropa, generalmente dibujaron adornos en la figura femenina y botones en la masculina; piernas separadas, delgadas y cortas; pies omitidos o trozados.

Línea fragmentada, reforzada, quebrada y vellosa

Con los elementos gráficos descritos anteriormente se ofrece una lista de aspectos psicológicos que son la interpretación a cada elemento, dicha interpretación apoyada en los manuales.

Como indicadores emocionales y aspectos psicológicos encontramos con mayor frecuencia en los 32 pacientes diagnosticados con EPOC: que los sujetos presentan rigidez, regresión, oposición, inaccesibilidad, agresión reprimida, sentimientos de rechazo, situación en el hogar fuera de control, falta de afecto en el hogar, ambivalencia social, necesidad de seguridad y afecto, aislamiento, perciben un ambiente tenso, restrictivo, negación, labilidad aplanada, inadecuación, regresión.

Son defensivos, exhibicionistas, dependientes y con deseos de aprobación, inadaptados, inseguros, indecisos, impulsivos, malhumorados, inmaduros, evasivos, sobrevigilantes, se

sienten observados, algunos son narcisistas, son sujetos fantaseosos, compensan la pobre estimación que tienen de si mismos, destacando rasgos faciales, ejemplo, nariz larga, que igualmente indica preocupación sexual.

Presentan sentimientos de temor, ansiedad, tendencias paranoides, culpa en relación con tendencias voyeuristas, debilidad del yo, necesidad de control, pérdida de la autonomía y desamparo.

Tienen poca habilidad manual e infantilismo y escaso discernimiento, buena identificación del género, las diferencias de roles psicosexuales se encuentran dadas por la vía del cabello, ropa, adornos y características del tronco, los sujetos además dibujaron primero la figura que correspondía a su mismo sexo.

Al observar los dibujos de las figuras femeninas y las masculinas encontramos con frecuencia: que ambas figuras reflejan una actitud de espectadores y no de participación activa, se observan mas bien pasivos y dependientes. La omisión de las manos nos indica posibilidades de contacto limitadas, sin embargo los brazos están alejados del cuerpo por lo cual resulta fácil establecer contacto con personas u objetos (necesidades agresivas dirigidas hacia afuera). La falta de kinestesia expresada en la posición de los brazos sugiere falta de actividad, los brazos descansan junto a los costados del cuerpo, están escondidos, o con las manos en los bolsillos, lo que implica falta de tensión muscular, es decir, pasividad.

La figura femenina, se puede observar poco accesible, de difícil abordaje, enojada, vigilante, dominante, que según debe suponerse, deriva de su relación con la madre o sustitutos maternos.

El hecho de que tanto la mujer como el hombre estén detallados, con cinturón y ropa de acuerdo al género, sugiere que los pacientes son algo compulsivos, interesados por el orden y el detalle. Y el hecho de que la femineidad de la figura femenina este indicada mediante el uso de detalles superficiales o simbólicos puede indicar que los hombres expresan su propia inseguridad con respecto a su virilidad.

Los botones dibujados a lo largo de la línea central, demuestra preocupaciones somáticas.

Algunos omitieron la parte inferior del cuerpo desde el tronco, dibujando solo la cabeza y cuello, pero la mayoría dibujó las piernas cortadas o delgadas lo cual puede relacionarse con su incapacidad de movimiento, la invalidez que van percibiendo, (tomando en cuenta su padecimiento pulmonar), además de conflictos y preocupaciones sexuales.

Comparando los dos dibujos podemos establecer las siguientes observaciones interpretativas: La figura masculina es la de un individuo sensible, dependiente, introvertido, con necesidad de apoyo y espera recibirlos de una figura materna.

La figura femenina corresponde a una persona, firme, protectora, enérgica.

Cuentan con recursos para salir adelante de uno o más áreas de conflicto, les agrada su aspecto físico y en general su vida.

Al ser examinadas sus relaciones personales cercanas y de adaptación se encontró que las actitudes más perturbadas son las de sentimientos de culpa y temores. Los pacientes reportan durante la evaluación que de no haber sido por algunas actividades en su vida no se hubieran enfermado por ejemplo, fumar. Otras cuestiones que les causan temor es la presencia de disnea, falta de aire y la pérdida progresiva de su autonomía, que tienen que ver con las otras actitudes que puntuaron alto en la prueba de frases incompletas cuyos resultados se observan en la gráfica 16, futuro y metas, describen comúnmente que desean sanar o no haberse enfermado.

En este estudio los resultados del MMPI puntúan alto en la escala de depresión, seguida de la escala de hipocondría y esquizofrenia. Este perfil (Hathaway citado por Nuñez, 1994) sugiere depresión combinada con ansiedad y problemas somáticos.

Los síntomas característicos son: síntomas somáticos, ansiedad, poca apreciación psicológica de sus problemas, inmadurez y dependencia.

Ambas gráficas, tanto la que muestra los resultados de hombres como de mujeres, tienen similitudes, puntuando alto en las mismas escalas, la diferencia radica en que para los hombres la problemática es más grave, lo cual se puede explicar tomando en cuenta que a los varones no se les permite demostrar debilidad física o depresión tan fácilmente como a las mujeres.

En resumen, de la evaluación mediante la aplicación de pruebas psicológicas se puede observar que los pacientes diagnosticados con EPOC no muestran presencia de trastornos ansioso-depresivos al momento de llegar a la clínica de EPOC para ser tratados por los neumólogos por sus síntomas físicos. Tienen conflicto con el concepto de sí mismo, les preocupa su futuro, sus metas, tienen sentimientos de culpa y temores. Muestran síntomas somáticos, ansiedad y depresión pero toman en cuenta lo bueno que han recibido de la vida y tienen una inteligencia normal, suponiendo que la inteligencia es una capacidad desarrollada a través de los años.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Durante la elaboración de este trabajo se demostró la importancia de la realización de una evaluación psicológica a pacientes afectados con EPOC en virtud de que proporciona una mejor comprensión de aspectos poco conocidos de estos pacientes y así promover una mejor intervención del psicólogo dentro del grupo de especialistas que atienden al enfermo.

La evaluación del paciente proporciona tanto un indicador sobre el cual justificar sus objetivos como también una guía sólida para crear mecanismos de intervención que sean viables a largo plazo.

Con una mejor comprensión del paciente con EPOC, se podrán establecer programas de atención psicológica, ofrecer mejores servicios de salud procurándoles una mejor calidad de vida, que permita a los pacientes tener más ilusiones por vivir y luchar en contra de su enfermedad con todos sus recursos, cuidarse mejor, seguir las recomendaciones del médico, promover un mejor apego al tratamiento, etc.

Se sabe que las EPOC son comunes en personas de avanzada edad, arriba de los 65 años (Dow, Coggon y Holgate, 1992 citado por Renwick y Conolly, 1996), la mayor incidencia del padecimiento se observa entonces después de los 65 años. Tomando en consideración que la edad más común de la muestra se encontró entre los 66 y los 75 años de edad, como se puede apreciar en la tabla 1. Tal observación significa que se coincide con la edad de inicio de la enfermedad.

En relación con la escolaridad los pacientes que se incluyeron en la muestra tenían como mínimo la primaria; sin embargo en la población que llega al INER para ser atendida dentro de la clínica de EPOC, generalmente no se tiene el mínimo de escolaridad que se requirió para esta investigación, en realidad se utilizaron sólo pacientes que tuvieran al menos la primaria concluida porque las pruebas psicológicas aplicadas tienen criterios de inclusión entre los cuales se exige que el examinado tenga como mínimo la primaria, y es esta la razón por la cual la escolaridad que se describe en la tabla 3 está de este modo, pero no es ésta la generalidad de

las personas que desarrollan esta enfermedad al menos en nuestro país y específicamente en el INER, lugar de desarrollo de este estudio.

El bajo nivel de escolaridad tiene correlación con el bajo nivel socioeconómico que se asocia a mayor incidencia de EPOC, por factores como: tabaquismo, mala nutrición, mayor exposición a contaminantes intramuros y condiciones insalubres en el hogar. (Sansores y Pérez-Padilla, 1997).

La mayor parte de la muestra fue integrada por varones, la mayoría de los pacientes de la clínica de EPOC del INER son de sexo masculino, una observación importante es que las mujeres que son referidas a este centro de salud lo hacen probablemente debido a la exposición que tuvieron con humo de leña.

El que la mayor parte de la muestra pertenezca al sexo masculino coincide con las estadísticas que revelan que la mayoría de personas que desarrollan EPOC son varones, porque la mayor parte de fumadores son hombres 43% contra las mujeres 21%. En Inglaterra la bronquitis crónica ocurre en el 8% de hombres y 3% de mujeres.

Sin embargo en el desarrollo de la EPOC la relación hombre:mujer ha ido disminuyendo.

En el INER en 1989 la frecuencia de muertes y admisiones por EPOC tuvo una proporción similar de hombres y mujeres. (Sansores y Pérez-Padilla, 1997).

Estos datos fueron obtenidos mediante una entrevista no estandarizada aplicada a los pacientes que ingresaron a la clínica de EPOC, con el fin de recabar información general.

La entrevista es el principal instrumento utilizado para conocer al paciente y la naturaleza de sus problemas. La comprensión de la salud y la enfermedad del paciente procede principalmente de la narración que éste hace de su vida anterior, sus actitudes y emociones y el desarrollo de sus síntomas. El diagnóstico y pronóstico se basan en estos datos y en la información adicional obtenida a partir de familiares, exámenes físicos, pruebas psicológicas y cualesquiera otros exámenes especiales. (Kaplan y Sadock, 1993).

Muchos estilos de entrevista pueden entonces llevar a establecer diagnósticos correctos, pero cada uno exige la recopilación y el análisis de la información.

Cuando por estas vías se entra en contacto con el paciente, podemos observarlo buscando y detectando claves diagnósticas en su comportamiento. Además valorar su motivación por acudir a visitas subsecuentes. Se puede apoyar el diagnóstico principal y medir cierto rasgo con una prueba dirigida por ejemplo, para examinar trastornos de humor o trastornos de la personalidad.

La evaluación podría complementarse con la codificación de las enfermedades médicas, los problemas psicosociales y ambientales y el número mínimo de síntomas para cumplir los criterios diagnósticos de un trastorno según por ejemplo, el DSM-IV o el CIE-10.

Podríamos pensar entonces que la entrevista podría ser utilizada de manera más extensa, y utilizar las pruebas psicológicas como apoyo diagnóstico dependiendo de lo que observáramos en cada uno de los pacientes.

Con esto se pretende dejar en claro la importancia que una entrevista puede tener al permitir una relación psicólogo-paciente como piedra angular de la práctica de la psicología.

Hay que tomar en consideración que el objetivo de esta investigación es la descripción de rasgos predominantes en una muestra de pacientes con EPOC por lo tanto se utilizaron una serie de pruebas psicológicas para los fines ésta, de ahí que se realizara un tipo de entrevista no estructurada, de tal manera que no se detectan problemas focales en ese momento.

En un estudio subsecuente, sería deseable llevar a cabo la técnica de la entrevista para obtener conocimientos suficientes y poder formular objetivos de tratamiento e instruir un plan terapéutico realista para los pacientes.

Las puntuaciones de Coeficiente Intelectual encontradas en estos pacientes mostraron un aspecto importante porque nos indica que los pacientes tienen la suficiente capacidad de conceptualizar y manifestar su vida interna, así como la oportunidad de reconocer recursos que le servirán más adelante para enfrentar su enfermedad, para lograr avances terapéuticos y determinar en estudios posteriores si la habilidad intelectual se correlaciona con la mejoría en el paciente que asiste a terapia psicológica, ya que tendría la posibilidad de conscientizar su vida interna emocional.

Los pacientes en general experimentan alteraciones en su vida diaria, alteraciones del sueño, apetito, sexualidad, etc., lo cual se refleja en su autoestima y puede influir en su estado emocional produciendo ansiedad o depresión.

Los resultados de esta investigación muestran ausencia de trastornos ansioso-depresivos lo que difiere de los resultados obtenidos por autores como McKinney (1994) que indica que los pacientes con EPOC padecen depresión, muchos de éstos ansiedad, ataques de pánico y sentimientos de enajenación o Hodson, Maddem y Steven (1991) que encontraron que los pacientes pueden tener un estado emocional que resulta en ansiedad crónica, irritabilidad y pseudodemencia.

Tomando en cuenta esto se debe considerar el momento de aplicación de las pruebas, el tiempo de evolución de la enfermedad es un factor importante.

Los pacientes con EPOC están invalidados e incapacitados para desarrollar algunas actividades, pero estas limitaciones están en relación con el grado de afectación respiratoria del paciente y con el tiempo de evolución de su enfermedad. (Mejía y Dominguez, 1997).

Los pacientes incluidos en este estudio tienen diversos grados de afectación pulmonar cuando llegan a la clínica de EPOC, en ese momento sus síntomas ya están establecidos, pero todos tienen poco tiempo de evolución de la enfermedad.

Tanto la depresión como la ansiedad junto con todas sus manifestaciones son una respuesta ante la percepción de la inhabilidad provocada por la enfermedad, ante los síntomas, la falta de aire por ejemplo, y se requiere tiempo para que esto aparezca.

El grado de afectación no fue tomado en cuenta en los resultados de la evaluación. Se ha visto en algunos estudios que el deterioro funcional no es tan importante para que sea tomado en cuenta como factor único en el desarrollo de problemas emocionales. Los resultados de algunos estudios revelan diferencias significativas en el perfil de personalidad entre pacientes que sobreviven o mueren después de algunos años de la aplicación de pruebas de personalidad con independencia de grado de deterioro en la función pulmonar. (Ashutosh, Halidipur y Boucher, 1997).

Medidas como las de "el perfil de impacto de enfermedad" (SIP), que combina puntaje físico, psicosocial y estado de ánimo se correlacionan pobremente con el deterioro fisiológico en la

función pulmonar.

Es por eso importante suponer que el deterioro físico no es lo único que al volverse intrusivo en la vida del paciente provocará todos los síntomas psicológicos negativos, su estado psicológico previo debe ser tomado en cuenta porque probablemente sea este el que influya a la enfermedad y no viceversa.

Por otro lado, emociones como ansiedad, depresión y sus manifestaciones son parte del temperamento, dado genéticamente y difícilmente modificable, personas sin rasgos emocionales depresivos o ansiosos pueden permanecer relativamente estables.

Para la edad en la cual se encuentran los pacientes de este estudio los problemas más importantes son los de carácter médico, económicos o familiares. Según aumenta la edad los problemas de salud van cobrando mayor importancia. (Psicología práctica, 1992).

El concepto de sí mismo involucra estos aspectos importantes, las actitudes expresadas en esta área nos ofrecen un cuadro del concepto que los pacientes tienen de ellos mismos, tal como son y como esperan ser y como creen que serán.

En la vejez, la primera y más íntima instancia de juicio es el sí mismo. Esto implica la aceptación del propio envejecimiento de la finitud de la vida de la realidad de la vida actual con madurez y conocimiento de sí mismo. (Psicología práctica, 1992).

Esta es significativamente importante pues influirá determinantemente durante la evolución de la enfermedad.

En los resultados de la prueba de frases incompletas podemos comprobar que el área con mayor conflicto para estos pacientes es el concepto de sí mismo.

Se han hecho varios estudios para revelar patología en los pacientes con EPOC con la aplicación del MMPI.

Lester (1973) encontró que la mayoría puntúan significativamente en los niveles de hipocondría, depresión e histeria, conocida como la "triada neurótica". Dándole importancia a la edad promedio de la población

Logan y Johnson (1974) encontraron puntuaciones elevadas en la desviación psicopática y

psicastenia, relacionando esto como una respuesta entendible a la presencia de disnea.

McSweeney y cols. (1980) encontraron desordenes emocionales entre los que incluyen, depresión, insatisfacción con la vida y preocupación somática, pero tomando como línea base 6 meses de tratamiento.

Se ha visto también que pacientes con las escalas 1 (Hs) y 2 (D) prominentes sufren en su mayoría de algún malestar físico o dolores constantes. Padenen depresión, irritabilidad, timidez, aislamiento, tendencias hipocondriacas. Son personas angustiadas, preocupadas e interesadas en el bienestar de su cuerpo y en la salud física. La combinación de ambas escalas se encuentra rara vez en la población normal pero sí en grupos de enfermos con perturbación psicológica. (Brantner, 1961 citado por Nuñez, 1994).

Hathaway (1951, citado por Nuñez, 1994) señala que en este grupo se encuentran pacientes hipocondriacos y esquizofrenicos, en el grupo esquizofrenico la escala subordinada es la 8.

Los pacientes son el estereotipo de quienes padecen problemas médicos: irritables y molestos, se quejan de los efectos de la enfermedad que consideran injusta. El perfil refleja un proceso de duelo bloqueado; expresan su enojo y tristeza por alguna pérdida a través de síntomas físicos.

En este estudio se encontraron escalas altas en depresión, hipocondria y esquizofrenia, principalmente problemas somáticos, poca apreciación psicológica, inmadurez y dependencia, estas características se pueden encontrar en personas deprimidas, ante una sensación de depresión y abatimiento los pacientes pueden manifestar su estado de ánimo a través de ansiedad y preocupación somática. Es posible también que este estado los lleve a un estilo de vida aislado. Considerando también la sensación de pérdida de salud, aproximación con la muerte y dependencia hacia los demás.

Lo cual podría concordar con los rasgos encontrados en los estudios en donde se aplicó el MMPI que se describieron anteriormente.

Un factor importante que debe tomarse en cuenta para la interpretación de resultados del MMPI aplicado en este estudio es la edad, como se observó en los estudios descritos, el hecho de que los pacientes calificaran alto en la "triada neurótica" es normal para la edad de los que pertenecían a ese grupo.

Igualmente es normal encontrar el perfil que se observa para la edad promedio y condición actual de esta muestra.

La edad de los pacientes se caracteriza por ciertos cambios físicos y crisis a las cuales se enfrentan, estos cambios y crisis se pueden reflejar en sus rasgos de personalidad.

Corbella y Sanchez (1997) nos dicen que aunque los rasgos de personalidad no cambian con la edad, al pasar los años se acentúan los rasgos predominantes del carácter y que la personalidad puede tener cambios debido a cambios ambientales.

En este estudio podemos reconocer qué rasgos son predominantes en los pacientes que desarrollaron EPOC, ante el diagnóstico y sin que se hayan establecido todavía muchos cambios ambientales debido a los nuevos hábitos y costumbres a los que se someterán mas adelante los pacientes por el tratamiento médico.

Con frecuencia se piensa que la gran tragedia de envejecer es la propia pérdida de la energía vital, pero también es cierto que la propia sociedad crea limitaciones para la tercera edad y las personas que las rechazan tiene un porvenir mucho más dinámico. (Psicología práctica, 1992). En el presente estudio encontramos rasgos importantes que denotan preocupación por parte de los pacientes ante el hecho de sentirse dependientes de los demás, esa pérdida de autonomía que la sociedad o su familia les hace vivir intensifica conflictos ya propios de la persona de edad y que va perdiendo su salud por una enfermedad crónica.

Se encontraron también ciertos conflictos sexuales en la interpretación de los dibujos, estos tienen varios factores que deben tomarse en cuenta; surgen también como una limitación social sobre todo en culturas como la nuestra que no concibe a la persona de tercera edad como activa sexualmente.

Las disfunciones sexuales son mayores en hombres que en mujeres, y para su aparición hay varias explicaciones que van desde la hipoxemia que afecta al paciente con EPOC hasta la presencia de estados emocionales negativos. (Dealy, 1996).

Los cambios fisiológicos propios de la tercera edad generalmente no son fáciles de distinguir de las enfermedades o trastornos relacionados con la edad. Los cambios son alteraciones

fisiológicas enteramente debidas al proceso normal de envejecimiento. Sin embargo, algunos de ellos también pueden ser trastornos o enfermedades relacionadas con la edad. (Psicología práctica, 1992).

Hay que distinguir entre unos de otros para realizar una evaluación diagnóstica amplia e instaurar medidas necesarias ante procesos patológicos, como en las EPOC.

Entre los factores que aceleran el envejecimiento podemos mencionar, por ejemplo, el trauma producido por enfermedades crónicas como EPOC, activando el miedo a la muerte o al dolor.

Es por eso que en estos casos, un conocimiento detallado de la personalidad pre-mórbida puede separar lo que es emocional de lo que está determinado orgánicamente.

El deseo de encontrar “la fuente de la eterna juventud” se ha vuelto obsesivo en la actualidad. Prolongar la vida ha sido perseguida por la medicina, buscando más que la cantidad, la calidad de la vida. Las personas con EPOC que además tienen una edad avanzada son más propensas a desarrollar enfermedades psíquicas. Evidencia clínica nos habla de padecimientos encontrados en pacientes con esta enfermedad.

De ahí la importancia de conocer las características de los pacientes al momento de llegar a la clínica de EPOC para desarrollar un tratamiento adecuado.

El planteamiento de apoyo psicoterapéutico que se propone para los pacientes que desarrollan EPOC será descrito detalladamente en el siguiente y último capítulo.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA PACIENTES CON EPOC

*Estoy agradecido a toda la gente encantadora que me
Ayudo a entender el dolor y el miedo. Me marcho en
la confianza y con la profunda emoción de que éste es
el amanecer de mi nueva vida.
(Declaración de un paciente anónimo
antes de ser dado de alta)*

La propuesta de intervención terapéutica se basa en el conocimiento de las características psicológicas de los pacientes con EPOC derivadas de esta investigación y también en la información obtenida de estudios realizados por otros investigadores.

Los teóricos han encontrado diversas características en los pacientes con esta enfermedad, han elaborado diagnósticos y tratamientos que permiten ayudar al paciente con EPOC a enfrentar su enfermedad y mejorar sus condiciones físicas y psicológicas.

En este capítulo se describen los principales objetivos dentro de una propuesta de intervención psicoterapéutica para los pacientes que desarrollen esta enfermedad pulmonar degenerativa.

1. Objetivos

- 1.1. Proporcionar a los psicólogos una herramienta útil para promover en el paciente con EPOC su alta y rehabilitación.
- 1.2. Mediante el apoyo psicoterapéutico que el paciente mejore su calidad de vida, su estado de salud, reducir síntomas respiratorios y psicológicos negativos, mejorar autoestima, promover el autocuidado y en específico eliminar creencias irracionales acerca de su enfermedad y su estado actual.

2. Criterios de inclusión

Podrán ingresar a tratamiento todos aquellos pacientes con las siguientes características:

- a) Pacientes con diagnóstico clínico de EPOC.
- b) Pacientes que no padezcan enfermedades psiquiátricas severas como psicosis, daño orgánico o algún tipo de demencia.

Proceso de selección:

Una vez con el diagnóstico médico se procederá a la selección de los pacientes mediante una entrevista psicológica que permitirá evaluar la condición actual de cada uno de los pacientes y la capacidad que tiene cada sujeto de aceptar la psicoterapia. Como paso inicial del proceso clínico se llevará a cabo para determinar, si en realidad el terapeuta le puede ayudar, si el paciente requiere o no atención psicológica.

3. Tipo de enfoque terapéutico

Para el tratamiento psicológico se propone utilizar un método cognitivo conductual, un enfoque de tratamiento racional emotivo

En la actualidad las terapias conductuales constituyen una corriente extremadamente activa y vigorosa de psicoterapia. Un método que se distingue es la Terapia Racional Emotiva.

La terapia racional emotiva (TRE), se fundamenta en una teoría de personalidad, un sistema de filosofía y una técnica de tratamiento psicológico.

En la TRE se definen los pensamientos racionales, los sentimientos apropiados y los comportamientos afectivos como aquellos que ayudan a la sobrevivencia y la felicidad de los humanos, en relativamente pocas sesiones. (Ellis y Abrahms, 1980) Y por la sintomatología de los pacientes con EPOC, podría ser utilizada.

Se adopta una actitud muy directa sobre la interpretación de los verbalismos y los comportamientos de los pacientes, a fin de que ellos puedan lograr una perspectiva de sus pensamientos y sus actos y sean capaces de usarla para hacer cambios fundamentales en algunos aspectos importantes de su funcionamiento, bueno o malo. (Ellis y Abrahms, 1980).

Se interesa en mostrar las ideas irracionales y la forma de discutir las mismas.

La interpretación es filosófica, el terapeuta puede motivar al paciente a poner en duda y desafiar sus hipótesis y que se muestren a sí mismos lo falsas que son y reemplazarlas con otras ideas.

Se les explican cómo éstas crean trastornos emocionales, pues sus trastornos proceden de algunas de las falsas conclusiones que ellos hacen sobre sí mismos y sobre el mundo que los rodea.

Su meta es ayudar a las personas a estar mejor y no sólo a sentirse mejor, que experimenten cambios filosóficos y profundos en sus actitudes hacia sí mismas, hacia los demás y hacia el mundo que las rodea.

Ante la enfermedad utilizando los principios de la TRE, se puede mostrar a los pacientes que tienen creencias o suposiciones irracionales cuando se sienten angustiados o deprimidos debido a su enfermedad o los procedimientos médicos; y que pueden, al principio con ayuda y más tarde sin ella, descubrir cuáles son tales creencias y, combatir las y deshecharlas.

4. Tratamiento

El tratamiento abordará la intervención psicológica en conjunto con la intervención médica y farmacológica.

Intervención Psicológica.

Al encontrar la enfermedad médica junto con síntomas psicológicos se deben tomar en cuenta todos los factores responsables de dichos síntomas, para efectuar el diagnóstico apropiado para cada paciente y de acuerdo a sus necesidades establecer el tratamiento adecuado.

De acuerdo al conocimiento de los pacientes con EPOC derivado de esta investigación y literatura al respecto encontramos áreas de vital importancia que pueden tomarse en cuenta para la elaboración de objetivos específicos que se podrán abordar durante el tratamiento.

Durante la intervención psicológica se podrán incluir:

Una plática médica, que permita informar claramente sobre la patología pulmonar.

Fomentar así la expresión del propio concepto de lo que les ha sucedido a sus cuerpos y lo que esperan les ocurra en el futuro. Y sobre lo que esperan del tratamiento.

Promover apego terapéutico.

Un análisis de las nociones y sensaciones de los pacientes acerca de la enfermedad, cambios fisiológicos y sus implicaciones.

Convencer a los mismos de expresar sus ideas para corregir efectivamente las distorsiones e integrar una nueva imagen corporal en el concepto de sí mismo que tenga el sujeto.

Ante el duelo. Apoyar a los pacientes en su esfuerzo por alcanzar un duelo que les consuele emocionalmente ante la "muerte" del cuerpo normal.

Ayudar a comprender el por qué de su enfermedad, examinando acontecimientos de su vida anterior.

Identificar posibles causas y enfrenar sentimientos de culpa.

El desarrollo de constructos mentales sobre su cuerpo y la capacidad de intercambiarlos. Tales como: cuerpo sano, cuerpo incapacitado y el cuerpo incapacitado más equipo de rehabilitación, por ejemplo, un tanque de oxígeno.

Promover la facilidad de pasar de una de estas imágenes a las otras dos.

Si se toma en cuenta a la familia en el tratamiento conocer las alteraciones en sus relaciones

familiares y reconocer la necesidad de readaptación.

Fomentar un sistema de apoyo mutuo entre el enfermo y las personas que cuidan de él.

En el área de sexualidad reforzar la percepción de sí mismo como un ser sexual.

Aportar información de esta necesidad universal, destacando las principales tareas del adiestramiento para el ajuste sexual en adultos enfermos o incapacitados crónicos.

Motivar al paciente a que ingrese a programa de reacondicionamiento físico.

Informar sobre los programas de acondicionamiento físico para pacientes con EPOC y sus beneficios. Informar como es que la terapia física incrementa la tolerancia al ejercicio.

Afirmar la posibilidad de tomar decisiones.

Fomentar su independencia y contribución a la sociedad de acuerdo a sus experiencias y limitaciones físicas, dentro de ámbito laboral y educativo.

Así como en el ámbito recreativo, planificar junto con el paciente nuevos tipos de entretenimiento.

Introducir al paciente a seguir viviendo en la nueva forma corporal y con las capacidades funcionales limitadas, cualquiera que sea la recuperación.

Realizar junto con el paciente un nuevo compromiso positivo con la vida.

Elaborar un balance de vida, revisar junto con el paciente los logros que ha obtenido y todo lo que ha hecho a lo largo de su vida.

Conocer sus pensamientos de muerte, valorar su intensidad y establecer conscientemente lo que esperan en relación a la finitud de su vida de acuerdo a sus creencias, utilizando para esto el pensamiento religioso, mágico o de creencias del paciente.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abrahams H. K. (1984). *Aggravation of lung disease*. Scand J. Environ. Health. 10: 487.
- American Thoracic Society. (1962) *Chronic bronchitis, asthma, and pulmonary emphysema: a statement by the Committee on Diagnostic Standards for Nontuberculous Respiratory Diseases*. Am. Rev. Respir. Dis. 85: 762-768.
- American Thoracic Society. *Guidelines for the approach to the patient with severe hereditary alpha-1-antitrypsin deficiency*. (1989). Am. Rev. Respir. Dis. 140: 1494-97.
- American Thoracic Society. (1981). *Pulmonary rehabilitation*. Am. Rev. Respir. Dis. 124: 663-666.
- American Thoracic Society. *Standards for the diagnosis and care of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. (1995). American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 152 (5, pte. 2), S78-S96.
- Ashutosh K., Haldipur Ch., Boucher M. L. (1997). *Clinical and personality profiles and survival in patients with COPD*. Chest:111. 95-98.
- Atkins C. J., Kaplan R. M., Timms R. M., Reinsch S., y Lofback K. (1984). *Behavior exercise programs in the management of chronic obstructive disease*. J. Consult. Clin. Psychol. 52: 591-603.
- Balboa A. M.(1997). *Caracterización psicológica en niños con diagnostico psiquiátrico de depresión*. México: UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Baum G. L. (1971). *Multidiscipline treatment of chronic pulmonary insufficiency*. Veterans Administration Hospital. Cleveland Ohio.
- Beck A. T., Ward Ch., Mendelson M., Erbaugh J. (1961). *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry, 4: 53-63.
- Buist S. A. (1994). *Smoking and other risk factors*. En J.F. Murray and J. A. Nadel, (Eds.). *Textbook of Respiratory Medicine*, 2nd ed. W. B. Saunders, Philadelphia. 1259-1287.
- Castañeda M. (1994). *Envejecimiento: la última aventura*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Corbella J., Sanchez M. (1994a). *La Personalidad. Descubrir la psicología*. Ed. Folio, Barcelona. 4, (8), 25-37.

Corbella J., Sanchez M. (1994b). *Ansiedad. Descubrir la psicología*. Ed. Folio, Barcelona. 23, (6), 27-43.

Corbella J., Sanchez M. (1994c). *La Depresión. Descubrir la psicología*. Ed. Folio, Barcelona. 24, (8), 23-41.

Corbella J., Sanchez M. (1994d). *Biología y Psicología del envejecimiento. Descubrir la psicología*. Ed. Folio, Barcelona. 26, (1), 5-21.

Corbella J., Sanchez M. (1994e). *La enfermedad y la Salud en la tercera edad y Trastornos Psíquicos de la tercera edad. Descubrir la psicología*. Ed. Folio, Barcelona. 29, (1-2), 5-39.

Davis R. M. and Novotny T. E. (1989). *The epidemiology of cigarette smoking and its impact on chronic obstructive pulmonary disease*. Am. Rev. Respir. Dis. 140: S82-S84.

Dealy M. (1996). Neurocognitive and Psychological Considerations in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. En Bach J. R. *Pulmonary Rehabilitation. The Obstructive and Paralytic Conditions*. (pp.145-155). Philadelphia: Hanley and Belfus.

Dudley D., Glaser E. M., Jorgenson B. N., y Logan D. L. (1980). *Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Psychosocial and Psychological Considerations*. (pte. 1). Chest, 77: 413-420.

Ellis A, Abrahms E. (1980). *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax México.

Feinlieb M., Rosemberg H. M., Collins J. G., Delozier J. E., Pokras R.M y Chevarley F. M. (1989). *Trend in COPD morbidity and mortality in the United States*. Am. Rev. Resp. Dis. 140: S9-S18.

Ferguson G. T., y Cherniack R. M. (1993). *Management of chronic obstructive pulmonary disease*. N. Engl. J. Med. 328: 1017-1022.

Fitzgerald H. E., Strommen E. A., McKinney J. P. (1981). *Psicología del desarrollo*. México: El Manual Moderno.

Fried R. (1990). *Integrating music in breathing training and relaxation*. Biofeedback. Self Regul. 15:161-169.

Galindo G. J. y Sansores H. R. (1997). Cuadro Clínico de la Bronquitis Crónica y el Enfisema. En Sansores, H. R. y Pérez-Padilla, J. R. (Eds.) *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Un problema mundial, un enfoque en México*. (pp. 55). México: Piensa.

González Z. A., Méndez V. M. M. y Maldonado T. L. (1991). *Pruebas funcionales pulmonares básicas (espirometría y gasometría arterial)*. México: Rev. Méd. IMMS. 5-20.

Graham J. R. (1977). En: The MMPI; a practical guide. New York: Oxford University Press. 153.

Guías generales para el tratamiento del paciente con EPOC. Derivadas del primer consenso Nacional para el tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. (1995). Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 4: S3-S9.

Guyatt G. H., Townsend M., Berman L. B., y Pugsely S. D. (1987). *Quality of life in patients with chronic airflow limitation*. Br. J. Dis. Chest. 812: 45-54.

Health I. G. Consultora Periodística. (1997) *Una enzima (macrófago elasta) podría provocar el enfisema*. <http://www.healthing.com/neumo/neumo1.html...asa>

Heaton R. K., Grant I., McSweeney A. J., Adams K. M., y Petty T. L. (1983). *Psychologic effects of continuous and nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive pulmonary disease*. Arch. Intern. Med. 143: 1941-1947.

Higgins M. W., and Thom T. (1990). Incidence, prevalence, and mortality: intra-and inter-country differences. En Hensley M. J. and Saunders N. A. (Eds.). Clinical Epidemiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. New York. Marcel Dekker. 23-43.

Horrocks J. E. (1993). Psicología de la adolescencia. México: Trillas. 56.

Howland J., Nelson E. C., Barlow P. B., McHugo G., Meier F. A., Brent P., Laser-Wolston N., y Parker H. W. (1986). *Chronic obstructive airway disease. Impact of health education*. Chest. 90, 2: 233-238.

Incalzi R. A., Gemma A., Marra C., Muzzolon R., Capparella O., y Carbonin P. (1993). *Chronic obstructive pulmonary disease: an original model of cognitive decline*. Am. Rev. Respir. Dis. 148: 418-24.

Jensen P. S. (1993). *Risk, protective factors, and supportive interventions in chronic airway obstruction*. Arch. Gen. Psychiatry. 40: 1203-1207.

Kaplan H. I., Sadock B. J. (1993). Compendio de Psiquiatría. México: Salvat.

Kaplan R. M., Eakin E.G., Ries A. L. (1993). Psychosocial issues in the rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease. En Casaburi R., Petty T. L. (Eds). *Principles and practice of pulmonary rehabilitation*. (p 351). Philadelphia, WB Saunders Co.

Krop H. D., Block A. J., Cohen E. (1973). *Neuropsychologic Effects of Continuous Oxygen Therapy in Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Chest, 64, No.3, 317-322.

Lester D. M. (1973). The psychological impact of chronic obstructive pulmonary disease. En Johnson R. F. (Eds). *Pulmonary Care*. New York: Grune and Statton. 341-354.

- Levy. S. (1994). El dibujo de la figura humana como test proyectivo. En Abt L. E. y Bellak L. Psicología proyectiva. (pp 156-172). México: Paidós.
- Make F., Glenn K., Ikle D., Bucher B., Tuteur D., Mason U. (1992). *Pulmonary rehabilitation improves the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Am. Rev. Respir. Dis. 145: A767.
- Maldonado T. L., Méndez V. M. M., González Z. A. (1990). *Enfermedad de las vías aéreas por contaminantes en el sitio de trabajo*. México: Rev. Med. IMSS. 5-8.
- Martínez R. L. A. y Rubio M. H. (1994). *Daños a la Salud por el Tabaquismo*. Folletos de divulgación sobre temas de la patología respiratoria. No. 8. México: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 31-32.
- Martínez I. (1998). *Reducir el volumen en el enfisema pulmonar supone una gran mejoría*. <http://www.recoletos.es/dm/medicina/med310398com.htm>
- McSweeney J. A., Heaton R. K., Grant I., Cugell D., Solliday N., y Timms R. (1980). *Chronic obstructive pulmonary disease. Socioemotional adjustment and life quality. Chronic Obstructive Lung Disease*. Chest. 77 (Sup.), 309-311.
- Mejía, A. R. y Domínguez F. M. (1997). Evaluación de la incapacidad física e invalidez. En Sansores, H. R. y Pérez-Padilla, J. R. (Eds.) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Un problema mundial, un enfoque en México. (pp. 79-87). México: Piensa.
- Méndez R. Y. (1997). Nutrición en el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. En Sansores, H. R. y Pérez-Padilla, J. R. (Eds.) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Un problema mundial, un enfoque en México. (pp. 211). México: Piensa.
- Mendoza T. L. A. y Fernández V. M. (1997). Hiperreactividad Bronquial en la EPOC. En Sansores, H. R. y Pérez-Padilla, J. R. (Eds.) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Un problema mundial, un enfoque en México. (pp. 23). México: Piensa.
- Mendoza L. A. (1997). Inmunoterapia. Vacunación y antivirales en la EPOC. En Sansores, H. R. y Pérez-Padilla, J. R. (Eds.) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Un problema mundial, un enfoque en México. (pp. 207). México: Piensa.
- Murphy E. (1982). *Social origins of depression in old age*. Brit. J. Psychiat. 141. 135-142.
- Núñez R. (1994). *Aplicación del MMPI a la psicopatología*. México: Manual Moderno.
- Orie N.G., Sluiter H. J., De Vries K., Tammeling G. H., and Witkop. (1961). The host factor in bronchitis. En Orié N.G. and Sluiter H. J. (Eds.). Bronchitis. Royal Vangorcum. Assen. 43-59.

Pérez-Padilla J. R. (1994). *Bronquitis crónica y Enfisema pulmonar*. Folletos de divulgación sobre temas de la patología respiratoria. No. 6. (2ª. ed.). México: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 1-20, 33-34, 52.

Pérez-Padilla J. R. (1997). En Sansores, H. R. y Pérez-Padilla, J. R. (Eds.) *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Un problema mundial, un enfoque en México.* (pp. 29-33). México: Piensa.

Petty T. L. (1991). *Medical Management of COPD*. Denver: Health Sciences Center. 89-101.

Psicología Practica (1992). *Problemas Psicológicos de la Vejez*. Madrid: Espacio y Tiempo, 24.

Quintero O., Sanchez J. (1998). *Ejercicio y Salud*. <http://www.cardiolili.edu.co/ejerci.htm>

Renwick D. S., Connolly M. J. (1996). *Impact of obstructive airways disease on quality of life in older adults*. Thorax, 51: 520-525.

Rico- Méndez F.G. (1997). Algunas consideraciones epidemiológicas de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en México. En Sansores, H. R. y Pérez-Padilla, J. R. (Eds.) *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Un problema mundial, un enfoque en México.* (pp. 16). México: Piensa.

Sacks J. M., Levy S. (1994). El Test de frases incompletas. En Abt L. E., Bellak L. *Psicología proyectiva*. México: Paidós. 205-223.

Sahn S. A., Nett L. M., Petty T. L. (1980). *Ten year follow-up of a comprehensive rehabilitation program for severe COPD. Chronic Obstructive Lung Disease*. Chest. 77 (Sup.), 311-314.

Sanabria F. (1998). *Los riesgos del fumador*. <http://www.cardiolili.edu.co/fumar.htm>.

Sansores H. R. y Herrera-Kiengelher L. (1997). Abordaje terapéutico de la adicción al tabaco. En Sansores, H. R. y Pérez-Padilla, J. R. (Eds.) *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Un problema mundial, un enfoque en México.* (pp. 123-124, 134). México: Piensa.

Sansores, H. R. y Pérez-Padilla, J. R. (Eds.). (1997). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC. Un problema mundial, un enfoque en México.* México: Piensa. 1, 11, 12, 29, 30, 41, 42, 43.

Sherrill D. L., Lebowitz M. D. and Burrows B. (1990). *Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease*. Clin. Chest Med. 11: 375-388.

Snider G. L. (1989). *Pulmonary disease in alpha1-antitrypsin deficiency*. Ann. Intern. Med. 111: 957-959.

Spielberg Ch. D., Díaz- Guerrero R. (1975). *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado. Manual e Instructivo*. México: El Manual Moderno.

Sullivan K. W. (1990). *Depression and chronic medical illness*. J. Clin. Psychiatry, 51 (sup. 6), 3-11.

Tashkin D. P., Altose M. D., Bleeker E. R., Connett J. E., Kanner R. E., Lee W. E., Wise R., and the Lung Health Study Research Group. (1992). *The Lung Health Study: airway responsiveness to inhaled methacholine in smokers with mild to moderate airflow limitation*. Am. Rev. Respir. Dis. 145: 301-310.

Thurlbeck W. M. (1983). *Overview of the pathology of pulmonary emphysema in the human*. Clin. Chest Med. 4: 337-350.

Thurlbeck W. M. (1990). *Pathology of chronic obstructive pulmonary disease*. Clin. Chest Med. 11: 389-404.

Torres M., Hernández E., Ortega H A. (1991). *Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología*. Salud Mental, 14, No. 2. 1-6.

U.S. Surgeon General. (1984). *The Health Consequences of Smoking: Chronic Obstructive Lung Disease*. U.S. Department of Health and Human Service. Washington, D.C. DHHS Publication No. 84-50205.

Weaver T. E., Narsavage G. L., (1992). *Physiological and psychological variables related to functional status in chronic obstructive pulmonary disease*. Nurs. Res. 41: 286-291.

Willeput R., Vashaudez J. P., Landers D., Nys A., Knoop T., y Sergysels R. (1983). *Thoracoabdominal motion during chest physiotherapy in patients affected by chronic obstructive lung disease*. Respiration. 44: 204-214.

Zigmond A. S., Snaith R. P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiat. Scand, 67: 361-370.